

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

André, Jean-Marie, Luc CHABANET

Né le 14 Décembre 1932, à Riom (P.-de-D.)

Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1965

LES ESCARRES EN GERONTOPSYCHIATRIE

Président : M. POROT, Professeur.

Membres du jury :

MM. BERNARD-GRIFFITHS et PETIT, Professeurs.

M. TOURNILHAC, Professeur Agrégé.

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-FERRAND
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1965.

N° *

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

André, Jean-Marie, Luc CHABANET

Né le 14 Décembre 1932, à Riom (P.-de-D.)

Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 1965

LES ESCARRES EN GERONTOPSYCHIATRIE

Président : M. POROT, Professeur.

Membres du jury :

MM. BERNARD-GRIFFITHS et PETIT, Professeurs.

M. TOURNILHAC, Professeur Agrégé.

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FD

Doyen :

M. G. MEYNIEL

Assesseur :

M. COULET

Directeur Honoraire :

M. MERLE

Professeurs honoraires :

M^{me} BLANQUET

M. BUREAU

M. FOURNIER J.-B.

M. GAUTHIER

M. LIMOUSIN

M. POMME

I. — Professeurs titulaires :

MM. BARRIER. — Clinique Chirurgicale A.
BAUDON. — Clinique Obstétricale.
BERGERON. — Pathologie Médicale.
BERNARD-GRIFFITHS. — Clinique Médicale A.
COULET. — Botanique et Microbiologie.
CUVELIER. — Hydrologie et Climatologie.
DASTUGUE. — Biochimie Médicale.
DAUPHIN. — Chimie Pharmaceutique et Toxicologie.
FEBVRE. — Pharmacie Galénique.
GRAS. — Thérapeutique.
JACQUEMET. — Technique Chirurgicale.
LATAIX. — Pathologie Chirurgicale.
MEYNIEL. — Biophysique Médicale.

MOLINA. — Clinique Pneumo-physiologique.
PÉTIT. — Médecine Légale et Médecine Sociale.
POROT. — Neurologie et Psychiatrie.
POURRAT. — Matière Médicale.
ROUHER. — Clinique Ophtalmologique.
TERRASSE. — Clinique Médicale B
THIEBLLOT. — Physiologie.
TRONCHE. — Pharmacie Chimique.
TURCHINI J.-P. — Histologie et Embryologie.
VAURS. — Bactériologie et Hygiène.
WILLEMIN-CLOG. — Clinique Médicale Infantile.

II. — Professeurs à titre personnel :

MM. THOMAS. — Oto-Rhino-Laryngologie.

VIALLET. — Electro-Radiologie.

III. — Professeurs sans Chaire :

MM. BASTIDE. — Sciences Naturelles.
DUCHENE-MARULLAZ. — Physiologie.

GERMAIN. — Clinique Chirurgicale B.
BERGER. — Chimie Analytique.

IV. — Maîtres de Conférences Agrégés :

MM. ALFIERI. — Biophysique Médicale.
BOSSY. — Anatomie.
M^{lle} CHATONIER. — Chimie minérale et minéralogie.
CLUZEL. — Bactériologie.
N... — Biochimie médicale.
DELAGE. — Anatomie Pathologique.

M^{me} GAILLARD. — Physique pharmaceutique.
M^{me} MOINADE. — Médecine générale et thérapeutique.
PIGNIDE. — Médecine Générale.
VENRIES DE LAGUILLAUMIE. — Anatomie pathologique.

V. — Agrégés :

MM. CHAMPEIX. — Médecine Légale et Médecine du Travail.
FOURRIER. — Orthopédie.
HOUDARD. — Chirurgie Générale.
JALLUT. — Médecine Générale.
JANNY. — Neuro-Chirurgie.

MENUT. — Pédiatrie et Puériculture.
MERCIER. — Chirurgie Générale.
M^{lle} RAMPON. — Médecine Générale.
MM. RENARD. — Pneumo-Physiologie.
TOURNILHAC. — Neurologie et Psychiatrie.

Attaché principal : M. BERTHON.

Bibliothécaire Universitaire : M. ARCHIMBAUD.

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation, ni improbation (délibération en date du 6-6-1956).



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

le Docteur Julien CHABANET,
le Docteur Emile ALLARD.

A ma GRAND-MERE,

A mon PERE, le Docteur Gabriel CHABANET,

A ma MERE,

En gage de ma reconnaissance et de mon affection.

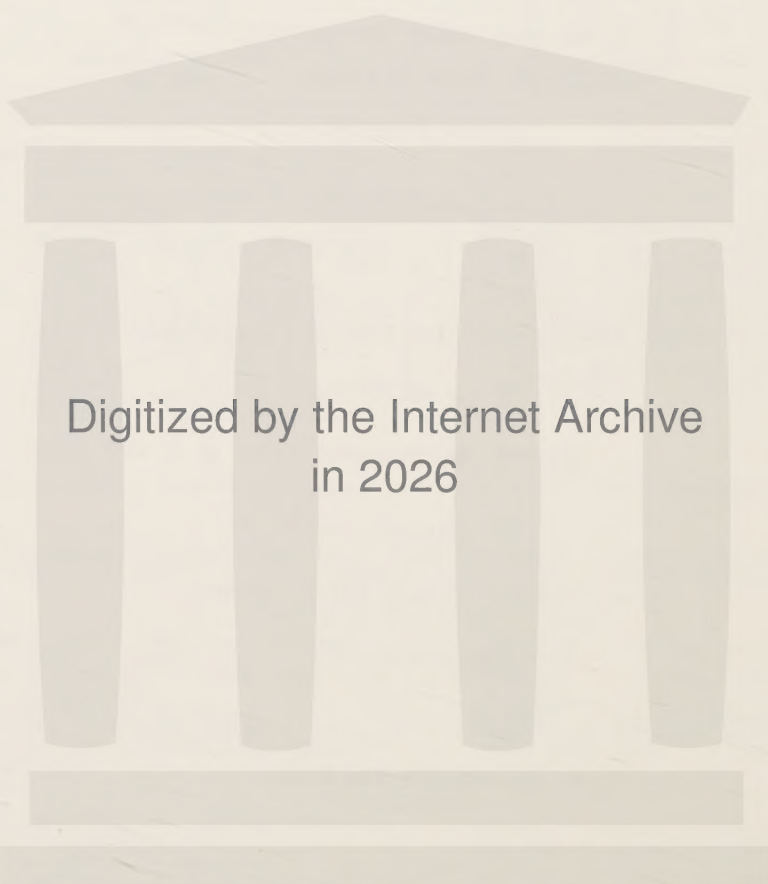
A ma FEMME, et mon FILS, Ghislain,

Avec toute mon affection.

A mes BEAUX-PARENTS,

A toute ma FAMILLE, et BELLE-FAMILLE,

A mes AMIS, et CAMARADES d'Internat.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur POROT

Professeur de Neuro-Psychiatrie
Médecin des Hôpitaux
Chevalier des Palmes Académiques

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le remercions vivement pour les conseils qu'il nous a dispensés et pour la bienveillante sollicitude avec laquelle il a accueilli ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur BERNARD-GRIFFITHS

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur PETIT

Professeur de Médecine légale et de Médecine sociale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Agrégé TOURNILHAC

Agrégé de Neurologie et Psychiatrie
Médecin-Assistant des Hôpitaux

*Notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'ils
nous font de bien vouloir juger ce travail.*

*Qu'ils nous permettent de leur témoigner notre
profonde reconnaissance pour l'enseignement dont
ils nous ont fait bénéficier en Faculté.*

A Monsieur le Docteur BLANDIN

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il nous a aidé et conseillé avec la plus grande bienveillance tout au long de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement clairvoyant dont il nous a fait bénéficier durant nos deux années d'internat.

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur DOUSSINET

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques
Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur LAUXEROIS

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur MICHEL

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

A Mademoiselle le Docteur POCHARD

Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques

A Madame la DIRECTRICE de l'Hôpital Psychiatrique
Sainte-Marie de l'Assomption, Clermont-Ferrand

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Au Personnel Infirmier du Pavillon Saint-Joseph

Nous sommes heureux de leur témoigner notre gratitude.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

L'analyse des sutures de cent quatre-vingt-sept crânes préhistoriques a permis d'établir que dans une proportion du tiers, les morts n'avaient pas vingt ans et que dix pour cent seulement avait atteint l'âge de quarante ans. Depuis cette époque lointaine, l'allongement de vie ne cesse, chaque année, de progresser. En France, par rapport au siècle dernier, sur les 5 300 000 vieillards, dénombrés en 1963, il a été relevé une augmentation de :

- 65 % des sexagénaires;
- 122 % des septuagénaires;
- 200 % des octogénaires.

Ce phénomène général du vieillissement de la population n'est pas sans se répercuter sur le plan psychiatrique où, depuis ces dix dernières années, les syndromes de déficit et les états démentiels de type sénile sont rencontrés en plus grand nombre, avec, une nette élévation de l'âge moyen des malades mentaux.

Pour la surveillance du traitement de ces malades, trois solutions peuvent être envisagées :

- le maintien en famille : celle-ci restant pour le vieillard, comme pour l'enfant, le milieu protecteur idéal;
- le placement dans les maisons de santé, les hospices, voire même les services de médecine générale lorsque les troubles psychiques sont et demeurent mineurs;
- enfin, l'internement à l'hôpital psychiatrique, soit que l'état démentiel s'accompagne d'un épisode bruyant, soit que les hospices ou maisons de santé (et même les familles) redoutent de prendre en charge des malades, auparavant traités en milieu psychiatrique. Mais cette dernière solution entraîne une surcharge et un encombrement de ces hôpitaux spécialisés. En France, le nombre des

hospitalisés qui était de 70 500 en 1946, est passé à 112 000 en 1962, avec, parallèlement, une augmentation de 48 % des malades âgés de soixante-cinq ans et plus.

De ce fait, la psychiatrie est amenée à se pencher de plus en plus sur l'étude de la gérontologie et de la gériatrie.

Un chapitre a retenu tout particulièrement notre attention, c'est celui de la prévention et du traitement des escarres, qui se révèlent plus nombreuses en gériopsychiatrie, et posent des problèmes particuliers tant au point de vue de la pathogénie qu'à ceux de la prophylaxie et du traitement.

En effet, l'état psychique par lui-même, ou une affection intercurrente, imposent chez de nombreux malades âgés le maintien au lit. Ils présentent, alors, à plus ou moins brève échéance, des lésions cutanées dont la localisation est fonction de la position du malade. Ces lésions, primitivement circonscrites, d'allure simplement congestive, s'étendent en profondeur et en superficie, mettent à nu de grandes surfaces épidermiques, se gangrènent, s'ulcèrent et détruisent ainsi une masse musculaire souvent déjà bien compromise.

Ces escarres, « obéissent » inconstamment aux thérapeutiques cicatrisantes habituelles. Leur évolution se poursuit, et souvent précipite le pronostic vital, lequel paraît conditionné, non plus, par l'état psychique ou l'affection initiale qui ont conduit à l'alitement, mais bien par l'escarre elle-même.

Ce problème est d'une grande importance en milieu gériopsychiatrique. Car, quel que soit l'état psychique de ces malades, il est impossible de pouvoir compter sur la coopération et la discipline hygiénique du dément. Chez les uns, la turbulence, le débordement de l'activité motrice nécessitent, si l'on excepte la contention, l'emploi d'une thérapeutique qui assomme le malade, et le fixe dans un immobilisme plus ou moins complet. Chez d'autres, l'état psychique, à lui seul, en fait des sujets bradykinétiques, voire inertes avec perte de la spontanéité motrice. Passifs, ils végètent dans une éternelle torpeur et une apathie complète.

Aux syndromes déficitaires, il n'est pas rare que soient associés, un ictus, une hémiplegie, une hémianesthésie ainsi qu'une perte de contrôle des différents sphincters : tous ces éléments surajoutés, sont favorables à la survenue et à l'évolution morbide des escarres.

Si on élimine de cette étude, les escarres chirurgicales, se pose, chez ces sujets âgés, le dilemme suivant :

— s'agit-il d'escarre-maladie ou escarre-lésion, c'est-à-dire justifiable d'une thérapeutique essentiellement locale ?

— où est-il possible de parler d'escarre-symptôme, considérant celle-ci comme l'un des stigmates d'un état général particulièrement déficient, incapable de « supporter les frais » d'une agression qu'elle soit d'ordre physique ou psychique. Il semblerait, alors, que l'octroi journalier d'une thérapeutique de soutien général, donnée parallèlement aux soins préventifs et curatifs locaux, permettrait sinon d'éviter, du moins de retarder la survenue d'escarres qui, trop souvent compromettent le pronostic vital de toute personne âgée à laquelle l'alitement a dû être prescrit.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

A. DEFINITION.

Classiquement, l'escarre est une ulcération cutanée, creusante d'emblée, ou recouverte d'une plaque noirâtre dont l'ablation fait apparaître une nécrose sous-cutanée, aponévrotique, musculaire, et parfois même osseuse. Mais, à ce stade, l'état général est également très touché, et l'effet de la thérapeutique cicatrisante locale demeure alors aléatoire. C'est dire qu'il est important de pouvoir reconnaître les signes avants-coureurs, dits « signes d'alarme » de façon à intervenir avec une efficacité certaine non plus sur l'escarre elle-même, mais sur les réactions cutanées qui la précèdent.

B. SIGNES D'ALARME.

Deux signes vont se succéder :

Le premier est représenté par l'apparition, au niveau des points de contact, d'une *tache rouge congestive*, ne disparaissant pas à la pression. Il ne faut pas la sous-estimer, et l'assimiler à une lésion de frottement, ou d'irritation, liée à la position du malade ; c'est en fait le premier stigmate de l'aggravation de la compression : les nerfs sont comprimés, les vaisseaux sont ischémiés.

Le deuxième signe est la *plaque de désépidermisation*, d'un aspect comparable à celui d'une brûlure profonde, vue après une à deux semaines. Elle se présente sous la forme de petites plaques rouge vif, luisantes, bordées d'un fin liséré épidermique décollé et dont la surface est piquetée de rouge. Il est capital de dépister ce deuxième signe ; car si la compression n'est pas levée, l'escarre va se former, par l'apparition en quelques heures d'une ulcération

nécrosante qui va gagner la profondeur, déborder et creuser les masses musculaires, et éroder même l'os sous-jacent.

Au *talon*, une particularité : pas de tache rouge, pas de plaque de désépidermisation, car la peau, à ce niveau, est épaisse. En outre le décubitus entraîne une hyperkératose. Aussi, apparaît-il une *phlyctène* à parois épaisses, à liquide sanglant, qui révèle ultérieurement sous la couche épidermique décollée, une plaque de gangrène noire.

Ces deux signes précurseurs se succèdent, le plus souvent, dans cet ordre, et ils précèdent l'escarre franche. Toutefois, cette succession dans le temps, n'est pas toujours vérifiée, il peut exister des nécroses totales d'emblée, comme parfois la plaque de désépidermisation peut demeurer superficielle pendant des semaines, et ne s'aggraver que tardivement, à l'occasion d'une affection intercurrente.

C. LOCALISATIONS :

La localisation de l'escarre est fonction de la position du malade, aussi recherchera-t-on, journellement, les premiers signes :

- au niveau des omoplates, dans la région sacrée, et la face postérieure du talon, si le sujet est en décubitus dorsal;
- au niveau des régions trochantériennes, et malléolaires, s'il est couché sur le côté;
- au niveau des zones ischiatiques, si le malade est assis.

D. RISQUES D'APPARITION :

Ces signes d'alarme connus, il faut les suspecter, et les rechercher avec soin, chez tous les malades en condition dite de « risques d'escarres ». C'est-à-dire :

— I. Ceux qui présentent un degré plus ou moins important de torpeur, qu'elle soit d'ordre psychique, ou due à une thérapeutique massive neurosédative (l'octroi d'une dose importante de neuroplégiques étant préférable à toute contention d'ordre mécanique comme celle qui consiste à utiliser camisole ou lacs de fixation);

— II. Ceux, pour qui, à tort ou à raison, l'alitement a été prescrit :

— soit qu'ils sont affaiblis par des troubles du transit digestif, à type de colite, dues dans la majorité, des cas à une alimentation impropre;

— soit qu'ils sont victimes d'une affection intercurrente hautement fébrile, pulmonaire par exemple;

— soit qu'il s'agisse de grands cardiaques, ou hypertendus, chez qui sont survenues (ou sont à redouter) des complications périphériques avec sequelles neurologiques et trophiques.

III. Enfin, il sera fait mention des escarres, que quelques auteurs attribuent à l'emploi de certaines thérapeutiques, notamment l'imipramine et la réserpine.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Les facteurs pathogéniques sont nombreux, mais d'importance inégale. Les uns, sont directement responsables de la survenue de l'escarre, les autres, en favorisent l'extension, et l'évolution morbide, ou font obstacle à l'action cicatrisante de la thérapeutique.

A. FACTEURS DECLENCHANTS.

I. *Le facteur initial est d'ordre mécanique.* Il est dû à l'effet de la compression permanente des tissus compris entre le plan du lit, et les saillies osseuses : le sacrum (crêtes sacrées, ou articulation sacro-iliaque), les ischions, les tubérosités trochantériennes, et enfin, le calcanéum. Sans vouloir anticiper sur la teneur du chapitre qui sera consacré à la prophylaxie de l'escarre, il paraît nécessaire, dès maintenant, d'attirer l'attention sur l'action particulièrement défavorable de l'alitement prolongé. Connaissant les méfaits consécutifs à la compression, il est aisé d'en comprendre les dangers. Sans doute, de nombreux vieillards sont-ils condamnés à l'alitement par suite du manque de personnel infirmier, mais trop souvent aussi ils ne le sont que par recours à une solution de facilité. L'état général plus ou moins cachectique, ou hautement fébrile est alors objecté pour justifier cet alitement. Or en fait, peu d'affections pathologiques nécessitent un décubitus rigoureux, et prolongé. Et même, dans ces cas extrêmes, des mesures d'ordre kinésithérapique peuvent contribuer à surseoir aux méfaits de la compression permanente.

II. Par suite de la compression, intervient le rôle pathogène du *facteur vasculaire*. Des microthromboses se développent progressivement dans la lumière des pédicules artérioveineux qui vascularisent, et assurent la circulation de retour des régions menacées

par l'alitement. Il en résulte une gêne de l'irrigation normale des différents tissus, gêne qui s'objective, dans un premier temps, par l'apparition des signes d'alarme de l'escarre; puis si l'alitement n'est pas suspendu, il se produit successivement un infarcissement des parties molles comprimées, une gangrène d'origine ischémique, et enfin une ulcération et une nécrose : l'escarre est formée.

III. Intimement lié aux précédents, intervient un troisième facteur : le *facteur neuropsychique*.

1° Chez le sujet normal, par conséquent conscient de la compression, il y a bientôt perception d'une douleur d'ischémie, et une sensation pénible d'inconfort, qui, l'une et l'autre, déclenchent, de la part du malade, des changements de position, véritables mouvements de sauvegarde trophique des différents points d'appui.

2° En gériopsychiatrie, le seuil de la douleur souvent émoussé, explique l'importance du rôle de ce facteur neuropsychique. Il explique la fréquence et la rapidité de survenue des escarres chez les vieillards psychiatriques alités.

Très schématiquement, ces malades se répartissent en deux catégories :

a) les uns, qu'ils soient turbulents, agités ou délirants ont un comportement perturbateur. Condamnant la contension, le geste alors préconisé, est l'octroi journalier d'une thérapeutique neuro-sédative massive, à base, le plus souvent, de neuroleptiques, qui plongent rapidement le malade dans un état de stupeur médicamenteuse. En outre, les neuroleptiques entraînent la prescription d'un alitement, au moins passager, mais qui est toutefois nécessaire pour compenser les effets secondaires possibles, tels que tachycardie, hypotension, voire même collapsus.

b) les autres se comportent comme des apathiques; soit que leur inertie figure dans le tableau clinique de leur forme de démence, soit que leur attitude constitue une réaction de démission, de retraite, d'évasion ou de revendication. En tout état de cause, ce sont des malades qui refusent tout essai de vie active. Ils passent leur journée comme engourdis, figés dans leur inertie, cloués au dossier d'un fauteuil, ou allongés dans un lit, étrangers à la vie et aux activités du service.

Ainsi qu'ils appartiennent à l'une ou l'autre de ces catégories, tous sont plus ou moins ralentis, stuporeux, et donc incapables de songer à varier leur position. Assez souvent, également, leur faculté de percevoir la douleur est émoussée.

Aussi ne ressentent-ils pas cette sensation d'inconfort qui les inciteraient à effectuer d'eux-mêmes, les mouvements de sauvegarde permettant d'éviter les risques de la compression.

C'est dire toute l'importance de ce facteur en gériopsychiatrie,

surtout si, à l'état psychique du dément, se surajoutent des troubles vasculaires, ou nerveux, tels que ictus, hémiplegie, ou hémianesthésie : autant d'handicaps réels à la prévention de l'escarre, qui exigent de la part du personnel infirmier, une surveillance et des soins plus rigoureux.

B. FACTEURS FAVORISANTS OU AGGRAVANTS.

I. *Faiblesse des moyens de défense du vieillard*

Qu'il soit dénutri, anorexique, ou inversement obèse, il est impossible de ne pas être frappé par la rapidité avec laquelle le vieillard « perd pied » dès le moindre stress psychique, ou la moindre agression physique. L'état général s'altère, très vite, et l'on peut observer sur ce malade, démuné de moyens de défense, de petites érosions épidermiques, qui, en quatre à dix heures, prennent des proportions considérables.

Dans cet état de fragilité, lié au grand âge, deux causes semblent intervenir par défaut : l'alimentation insuffisante ou impropre, et l'anabolisme protidique déficitaire.

1° L'alimentation :

Souvent, celle-ci n'est adaptée, ni aux besoins, ni aux conditions physiologiques du vieillard. Sont plus particulièrement responsables : le déséquilibre des menus hospitaliers, les habitudes alimentaires du vieillard, le personnel infirmier non averti, et l'incompréhension des familles visiteuses.

Le déséquilibre des menus hospitaliers tient au fait qu'il est difficile de faire admettre qu'une diététique propre au vieillard s'impose tout autant que celle qui est universellement adoptée en ce qui concerne les cardiaques, les hépatiques, ou les diabétiques. Si l'on se réfère à l'ordonnance des menus établis dans différents hôpitaux, presque tous pèchent soit par défaut, soit par excès. Il est tout aussi anormal de considérer le vieillard comme un adulte, en pleine activité physique, et de lui proposer alors une table journalière hyperlipidique et hyperglucidique, que de l'assimiler à un grand malade ou un convalescent que l'on nourrit presque exclusivement de pâtes alimentaires et pommes de terre sous forme de purée. Si ce dernier régime est louable en soi, pour les personnes âgées dont la denture est souvent défectueuse, il n'en demeure pas moins insuffisant et inapte à « armer » le vieillard. S'il le faut, le personnel infirmier doit s'efforcer de vaincre la répugnance des malades, dont il serait long et fastidieux de dresser la liste des mets qu'ils disent mal digérer, ou mal supporter.

Proscrire de leur alimentation, toute viande est une grave erreur, car les protides animales font partie des besoins de l'organisme du vieillard. De même, il faut savoir s'opposer à certaines

habitudes alimentaires, comme cette prédilection marquée par beaucoup pour les salaisons, pourtant indigestes, ou pour les pâtisseries « lourdes » dont les familles visiteuses ne cessent de gaver leur malade.

Toutes ces erreurs, quelquefois bien involontaires, font cependant que les malades assimilent peu et mal, et sont épuisés par des colites, difficilement coercibles, qui accentuent d'autant les carences physiologiques secondaires au grand âge.

2° En effet, à l'involution sénile générale, participe le tractus digestif responsable de ce que les auteurs appellent le « syndrome de l'estomac sénile » caractérisé par une hyposécrétion globale de toutes les enzymes, ou ferments digestifs qui sont avant tout protéolytiques. Chez l'adulte jeune, ces ferments assurent une bonne assimilation digestive, le maintien de l'état général, la constitution, et la répartition des forces de réserve et de défense, de l'organisme.

Mais chez le vieillard, cette hyposécrétion gastrique, qui ne peut être qu'aggravée par une alimentation déficitaire ou impropre, est insuffisante à préserver son état général. Des études récentes ont, en effet, montré qu'un sujet âgé a besoin surtout de protides non seulement pour prévenir ou traiter le « syndrome de glissement », mais pour compenser l'excès du catabolisme protidique, accompagnant toute agression, qu'elle soit psychique ou physique.

Cet excès de catabolisme se traduit par cet état de fragilité, à la moindre affection, rencontré chez le vieillard et se visualise par une fonte musculaire générale rapide. Ainsi, faute de forces de combativité, faute d'un matelas musculaire protecteur les escarres ne tardent pas à se former, bien plus, elles s'étendent et se compliquent d'infections cutanées dues à un nouvel élément fréquent en gérontopsychiatrie : le gâtisme.

II. *Le gâtisme*

Les incontinences sphinctériennes entraînent en effet, une macération, qui, à elle seule, ne saurait créer l'escarre, mais qui, contribue grandement à en favoriser l'apparition; en outre, elle la surinfecte, et retarde la cicatrisation.

À la lumière de ces données, il paraît donc possible, dans de nombreux cas, de prévenir la formation des escarres à condition d'appliquer à tous les sujets exposés aux risques, un ensemble de soins propres à atténuer l'action des différents facteurs pathogéniques.

CHAPITRE IV

PRÉVENTION

Aux mesures prophylactiques « classiques », qui doivent être mises en œuvre, dès que le sujet âgé se trouve dans une situation de risques d'escarre, il paraît essentiel d'adjoindre d'autres soins, afin de multiplier les forces de combativité, les ressources d'adaptation et de sociabilité du vieillard psychiatrique.

Considérer le dément comme un objet fragile, le condamner à l'abandon, à l'alitement, dès la moindre agression physique, ou rechute psychique, est parfois devenu un réflexe abusif, qui loin d'améliorer son état, précipite une inertie stuporeuse. Bien vite, il abandonne toute lutte, son état général s'altère, ses forces de réserve, déjà réduites, s'amenuisent par refus de l'alimentation, et par indifférence à la vie.

En revanche, si par une alimentation, adaptée, et bien présentée, on soutient son état général et son goût de vivre, si tout est mis en œuvre pour l'intégrer, le rééduquer à une hygiène de vie normale, si une sociothérapie adaptée permet de soutenir son attention et son intérêt, on peut espérer ne plus voir, dans des services de gérontopsychiatrie, ces vieillards amaigris, éternellement au lit, sans vie, réfugiés dans le passé, confus ou stuporeux, et dont les points d'appui sont la « proie » d'escarres qui aggravent et compliquent leur état.

A. MOYENS KINESITHERAPIQUES.

I. *Les massages trophiques* améliorent les conditions de circulation locale, et aident à la résorption de l'œdème de stase, au

niveau des zones menacées. Ce sont des massages profonds, à type de pétrissage circonférentiel des points d'appui. Effectués, tous les jours, voire même deux à trois fois par jour, ils nécessitent une certaine force, qui sera proportionnée aux résistances tissulaires de la région menacée.

Après savonnage, et séchage soigneux de la région, la main qui masse, est appliquée largement, et intimement sur la zone. La durée de ces massages est de l'ordre de quinze minutes. Leur efficacité est maximale au niveau du siège, région qui, d'ailleurs est la plus menacée; elle est beaucoup moins marquée au niveau des coques talonnières et des trochanters.

Ces massages seront combinés avec la mobilisation des membres inférieurs, en prévention des attitudes vicieuses : pied équin et rétraction des ischiojambiers, trop souvent rencontrés, en milieu hospitalier.

II. *Les matelas alternating* ou matelas « pneumatiques à boudins gonflés rythmiquement » assurent une variation régulière des points de pression. Combinés aux massages, ils donnent une prévention valable, à condition d'obéir aux trois impératifs suivants :

- ne placer le malade sur le lit, qu'après avoir mis en marche l'appareil électrique qui commande le gonflement rythmique des « boudins »;

- mettre un plan dur sous le matelas, afin d'éviter qu'il ne se creuse sous le poids du malade;

- ne jamais interposer entre les points d'appui et le matelas, une grande épaisseur de linges, ou de pansements.

Il faut, absolument, proscrire l'emploi de certaines méthodes traditionnelles, bien trop souvent encore en usage, tels que les ronds de caoutchouc et matelas pourvus d'un trou central destinés aux incontinents. Si les uns et les autres suppriment bien l'appui de la région sacrée, ils réalisent, par contre, à leur pourtour de véritables garrots qui gênent la circulation périphérique.

III. *Les changements de position*, à intervalles réguliers constituent une bonne méthode d'appoint. Il n'existe pas d'attitude idéale. Ce qui importe, c'est de changer la position du malade, et de varier ainsi les points de pression pour prévenir les méfaits de la compression. Les malades sont retournés toutes les trois heures, en alternant les quatre positions classiques : décubitus dorsal, latéral droit, latéral gauche, et ventral auxquels on peut ajouter la position assise.

Ces changements fréquents de position posent, en gérontopsychiatrie, le problème de la présence permanente d'un personnel

infirmier nombreux et vigilant. On ne peut, en effet, compter sur la coopération et la discipline du dément. Il ne pense pas de lui-même, à varier sa position et bien souvent il ne veut garder l'attitude qui lui est donnée.

B. DIETETIQUE ET COMPLEMENTS MEDICAMENTEUX.

Les mesures kinésithérapiques ne sauraient à elles seules être suffisantes, pour prévenir l'escarre du vieillard. On a vu qu'il est nécessaire de lui prescrire une diététique appropriée, laquelle ne peut lui être bénéfique que si, parallèlement, lui est donnée une médication substitutive de l'hyposécrétion digestive globale.

I. *La diététique du vieillard.* Contrairement aux anciennes notions classiques, il est désormais prouvé que la ration journalière des sujets âgés doit être hyperprotidique, avec prédominance des protides d'origine animale. Tous les auteurs s'accordent, sauf contre-indications rénales, à fixer cet apport à 1,20 g par kilogramme de poids, et par jour.

Le vieillard ne peut vivre sans un appoint suffisant de matières azotées. Dans les formes légères, cette carence entraîne une fatigabilité accrue, avec diminution de la force musculaire, anorexie, anémie, et troubles psychotiques, à type d'anxiété, ou de mélancolie. Dans les formes graves, elle aboutit à une fonte générale des tissus, et au stade ultime, à la cachexie.

Ajoutons que livré à lui-même le vieillard psychiatrique pour régler, ou satisfaire son appétit, c'est aller au-devant de complications, propres à majorer un état d'épuisement latent. Son comportement ressemble en effet, à celui d'un enfant. Anorexique, il se nourrit capricieusement, avec souvent une prédilection pour des mets qu'il ne peut assimiler; ou au contraire glouton, il s'alimente sans mesure ni discrimination, et commet des excès alimentaires, qui lui sont tout autant préjudiciables. Dans l'un et l'autre cas, des troubles marqués du transit à type de colite rendent nécessaire l'alitement, et exposent les tissus du vieillard à la macération et à l'infection.

Sans prétendre condamner ces vieillards à une diététique sévère, il est cependant, utile d'en suivre les normes essentielles. Deux tableaux résument ces notions :

- a) apport quantitatif; indications; contre-indications;
- b) rations qualitatives, à répartir sur les menus hebdomadaires.

TABLEAU N° 1

A. Apport quantitatif journalier	
— 2 000 à 2 250 calories. — 1,20 g à 1,50 g de Protides/kg. — 70 à 85 g de Lipides. — 300 à 350 g de Glucides.	
B. Aliments conseillés	Aliments déconseillés
— Bœuf. — Poulet. — Lapin domestique. — Jambon maigre. — Poissons maigres. — Œufs durs. — Lait (1/2 litre/jour). — Fromages maigres. — Yaourts. — Céréales. — Pommes de terre. — Légumes « racines » (navet, céleri, carotte). — Agrumes. — Fruits frais cuits.	— Porc, et mouton. — Canard, et oie. — Gibier. — Saucisse, boudin. — Pâté, et rilette. — Poissons gras. — Fromages gras. — Fritures. — Sauces (mayonnaise, ou au beurre cuit). — Légumes « secs ». — Pâtisseries.

TABLEAU N° 2

Types de rations à répartir dans l'ordonnance des menus d'une semaine (par personne et par jour)
A. PETIT DEJEUNER — café au lait ou potage — chocolat au lait (2 fois/semaine) accompagné : — soit : beurre (14 g) 5 jours/semaine. — soit : confiture (40 g) 2 jours/semaine.

B. REPAS PRINCIPAUX.

I. Hors-d'œuvre (ou entrées)

suivant les possibilités de la saison :

- soit diversité des potages,
- soit diversité des salades (au minimum : 2 services/semaine)
(salades vertes, betteraves, concombres, tomates, poireaux ou macédoines),
- soit carottes râpées (120 g) → 1 service/semaine,
- soit sardines (2) → 2 services/semaine.
- soit thon en conserve.
- soit 1/2 œuf dur → 1 service/semaine.

II. Plats, dits de « résistance » :

1° Viandes (ou assimilables) :

- bœuf (100 à 130 g) → 4 services/semaine)
- veau (110 g) → 1 service/semaine
- poisson (150 g) → 1 service/semaine
- foie (100 g) ou cervelle (90 g) → 1 service/semaine.

Peuvent être donnés au repas du soir :

- volaille (150 g) → 1 service/semaine
- jambon maigre (60 g) → 1 à 2 services/semaine
- œufs cuits « dur » (1 unité) → 1 à 2 services/semaine.

2° Légumes et céréales.

- riz (50 g) ou au choix :
- pâtes (60 g) { 3 à 4 services/semaine
- légumes à racines :
 - carottes (275 g)
 - ou navets (250 g) / au choix :
 - ou céleris (275 g) \ 3 à 4 services/semaine
- légumes à feuilles :
 - épinards (350 g)
 - ou haricots verts (250 g) / 2 à 3 services/semaine
 - ou poireaux (225 g) \ au choix :
 - ou salades cuites (400 g)
- pommes de terre :
 - purée (300 g) / au choix :
 - sautée (350 g) \ 3 à 4 services/semaine

C. DESSERTS ET GOUTERS.

- fromage (30 g) 4 services/semaine,
ou équivalents : petits suisses : 2 unités,
ou yaourt : 1 unité.
- compote de fruits frais : 2 services/semaine,
- agrumes, au minimum : 3 services/semaine,
- pruneaux cuits : 1 service/semaine,
- miel : 1 service/semaine,
- pâtisserie légère (« tarte maison ») : 1 service/semaine,
- variétés diverses : cake, sablé, pain d'épice, pudding, flanc...
- en fait, seront surtout assurés :
 - les 4 services de fromage,
 - les 2 services de compote,
 - les 3 services d'agrumes,
 - le service de pruneaux cuits.

Abréviation : g = gramme.

II. *Les compléments médicamenteux.* Une médication substitutive, correctrice de l'hyposécrétion digestive, est nécessaire si l'on veut que le dément bénéficie des efforts faits sur la diététique. Il s'agit, essentiellement, de produits vitaminiques et protéinogènes vitamines des groupes A, E, C, et B, ferments digestifs d'origine animale, et acides aminés naturels. Les uns et les autres sont indispensables au rétablissement de l'état général, et à l'élaboration du tissu musculaire, qui seront en outre stimulés par l'administration de stéroïdes anabolisants. Ces « compléments médicamenteux », rapidement évoqués, seront étudiés plus largement, dans le chapitre qui sera consacré au traitement des escarres où ils jouent aussi un rôle utile.

Ces principes de diététique, et ces appoints médicamenteux ne sont pas du tout négligeables; à eux seuls, ils peuvent améliorer les états psychique et physique des déments. Un bon état général est maintenu, avec sensation de mieux être. L'appétit est accru, ainsi qu'en témoigne la reprise progressive de la courbe de poids. L'involution organique est freinée, et, par le fait de la régulation des échanges au niveau tissulaire, les processus de cicatrisation sont accélérés.

Enfin, asthénie et adynamie sont atténuées : de « grabataires végétatifs » qu'ils étaient, les vieillards deviennent plus « sthéniques », et plus « ouverts » à l'action d'une sociothérapie, adaptée à leur âge, et à leurs capacités psychiques.

C. HYGIENE, MODE DE VIE, ET SOCIOTHERAPIE.

L'état général amélioré, il est important d'éviter la « retraite du cerveau », de lutter contre toute monotonie, inaction et sédentarité, en créant dans l'unité de soins une « ambiance », aussi « familiale » que possible. Maintenir un climat de confiance, de douceur, d'inlassable intérêt, permet d'augmenter les possibilités d'adaptation du dément, et de stimuler son organisme beaucoup trop enclin à se laisser aller à une mise en sommeil de sa vitalité. L'amélioration du confort, et de l'atmosphère ou « climat moral » du service agit favorablement sur tous les malades, tout particulièrement sur le vieillard psychiatrique. Il est certain que ces malades sont capables d'apprécier les nuances des relations humaines. C'est ainsi, que l'incontinence d'urine, si fréquente en gériopsychiatrie, n'a pas toujours une cause organique, et, est susceptible d'être contrôlée. Souvent, en effet, elle n'est qu'une réaction revendicative vis-à-vis d'un personnel peu attentionné, impatient, ou simplement débordé, ou une réaction affective, expression d'un désir de maternage, avec volonté d'accaparer la présence et les soins exclusifs des infirmiers.

Dans cette même ligne de conduite, est rappelée l'importance de l'alimentation, pour insister sur le rôle primordial du personnel qui doit veiller, continuellement, à modérer l'appétit des gloutons, et inversement à exciter celui des anorexiques. Et ce, dans le cadre d'un réfectoire propre, attirant et agréable, avec le souci de ne pas précipiter les repas, ni de faire « traîner » le service.

Parallèlement à l'hygiène de l'alimentation, il faut veiller à celle du sommeil. Un vieil adage dit : « Jeunesse qui veille et vieillesse qui dort, sont tous deux près de la mort. » Sans doute, n'est-il de règle générale parfaite, il n'en est pas moins vrai qu'il faut savoir limiter la durée du sommeil, aux besoins de la récupération, et éviter ainsi, l'effet asthéniant, lié à des séjours au lit prolongés. Pour ces malades, si astreignants, il est nécessaire aussi de ne pas succomber à cette tentation de facilité qui consiste à les aliter avec alèse ou caoutchouc protecteur.

Dans le cas des incontinents, il ne semble pas superflu d'insister sur l'importance des soins de propreté. Chaque fois que cela est possible, il faut s'efforcer de les rééduquer, en les amenant régulièrement à la selle. Le recours aux lavements doux, administrés à heure fixe, est parfois utile pour recréer un réflexe d'exonération. Il convient alors, de l'administrer le soir, d'abord tous les jours, puis avec une fréquence diminuant progressivement, jusqu'à l'acquisition plus ou moins totale du réflexe, de façon que ces malades puissent demeurer propres durant la nuit.

Dans le cadre de l'unité de soins de gériopsychiatrie, les dortoirs, les salles attenantes et la cour de plain-pied seront pai-

sibles, agréables, accessibles. Pas de circuit compliqué pour aller du lit au fauteuil, de la salle de séjour aux toilettes, du réfectoire à la cour.

Il faut simplifier, au maximum, l'univers ambiant du dément, de façon qu'il vive détendu, et ainsi qu'il soit plus apte à utiliser les ressources qui lui restent. Sinon, il encourrait le risque de se « désorganiser » progressivement.

Enfin, il faut créer pour ce groupe des occupations modestes : thèmes d'ergothérapie pour lutter contre le désœuvrement et l'absence d'intérêt. Les activités peuvent ressembler par certains côtés à celles des jardins d'enfants : peinture, barbouillage, pliage simple, confection de « confetti », etc... La musique, la lecture à haute voix sont conseillées, même si elles ne sont pas comprises, elles recréent, cependant, un contact humain. N'est pas non plus dépourvue d'intérêt, la projection de films : ceux-ci peuvent favoriser la reviviscence de souvenirs que l'on croyait disparus. Toutes ces occupations ou distractions dirigées maintiennent une activité psychique qui peut freiner et même faire régresser les syndromes de déficit.

Ces dernières données peuvent sembler s'écarter du domaine de la prévention des escarres, et pourtant, elles sont un complément indispensable aux soins précédemment décrits. Il n'est pas douteux que le maintien d'une activité psychique, même minime, stimule les forces de réactivité du dément, permettant ainsi de surseoir dans de nombreux cas à l'alitement.

De plus, cette action sociothérapique facilite l'application parallèle des autres soins, et mesures prophylactiques.

TRAITEMENT

Le traitement curatif de l'ulcération nécrotique que constitue l'escarre, comprend, outre le maintien des soins, et des médications décrits ou esquissés au cours de l'étude de la prévention, l'application de thérapeutiques locales spécifiques qui doivent exercer une double action :

— éliminer les tissus nécrosés au sein de l'escarre;

— favoriser, au niveau de la perte de substance, la formation de bourgeons, et de lisérés; éléments indispensables à la cicatrisation.

A. SOINS ET MEDICATIONS, PREVENTIFS ET CURATIFS.

Le traitement curatif nécessite tout d'abord les soins mêmes qui ont été proposés pour la prévention des escarres. Ils contribuent à éviter de nouveaux foyers de nécrose, et surtout, ils activent les processus de cicatrisation, en s'opposant, chez le sujet âgé, à cette sorte de « mauvais génie » de l'escarre dont l'évolution spontanée s'oriente, plus vers l'extension que vers la cicatrisation.

I. Kinésithérapie, sociothérapie, et diététique

Dans ce temps curatif de l'escarre, matelas alternant, changements de position et massages trophiques demeurent d'une prescription nécessaire. Non plus au niveau des zones menacées, mais au sein de l'escarre formée, le maintien d'une bonne vascularisation artérielle comme veineuse, est justifié pour lever et prévenir toutes les microthromboses, qui menaceraient, alors, de nouveaux territoires, et seraient responsables de retard et vices de cicatrisation.

Poursuivre les activités ergothérapeutiques, adaptées à l'âge, aux capacités et possibilités propres du malade, est également recommandé. Une retraite anticipée du cerveau, un manque d'intérêt vital, amèneraient à prescrire trop facilement l'alitement qui, à cette étape du traitement, serait très préjudiciable.

De même, il est capital de donner au vieillard une diététique appropriée, suffisante et riche en éléments protidiques et vitaminiques. Dans ce temps, où il doit assumer les « frais », et les dépenses supplémentaires, que conditionne une cicatrisation valable, il a un besoin plus grand d'être armé contre la survenue possible de tous stress psychique, ou de toute agression physique. Sinon, l'escarre maîtresse de ce terrain sans défense, ne ferait que s'étendre, s'infecter, et précipiter une évolution morbide.

II. *Médications vitaminiques, protéinogènes et anabolisantes*

Rapidement évoquées dans l'étude de la prévention, bien qu'elles soient d'une même indication que dans l'étape du traitement ces médications, données par voies orale ou parentérale, sont destinées à corriger les polycarences physiologiques du vieillard. Leur rôle est *substitutif*, donc, pas de posologies massives, pas d'indication spécifique, mais l'octroi à tous les malades mentaux âgés de soixante ans et plus, de doses moyennes, dites d'entretien, données au long cours, de façon discontinue. Parmi ces différentes carences, seront surtout corrigées celles concernant :

1. *Les vitamines :*

Tous les vieillards sont carencés en vitamines pour différentes raisons. Parfois sans doute, leur alimentation en est dépourvue, mais, surtout, leur tube digestif déficient est incapable de les absorber, les métaboliser et les synthétiser, par suite de l'hyposécrétion digestive globale. L'apport exclusif des vitamines des groupes B et C permettrait, sans doute, de combattre, anémie, troubles digestifs, fatigabilité et fragilité, mais l'expérience montre qu'il est préférable de prescrire une thérapeutique polyvitaminique, sous forme d'hydrosol, par exemple. L'action conjuguée des différentes vitamines, se potentialise; en outre, intervenant comme « fer de lance » dans les différents métabolismes, elle économise les dépenses, et ainsi, les forces du vieillard.

2. *Les substances protéinogènes :*

Leur indication est justifiée par les troubles nutritionnels, dus au grand âge, communément attribués au « syndrome de l'estomac sénile », caractérisé par une involution de la muqueuse gastrique. Ce syndrome entraîne une mauvaise assimilation, et une utilisation réduite des aliments ingérés, avec reconstitution déficitaire du

capital protidique, expliquant la vulnérabilité de l'état général, et le retard apporté à tout processus de cicatrisation.

Pour suppléer à ces déficits, est conseillée la prescription de lyophilisats d'enzymes gastriques animales, type « Enzylac », et de protéolysats d'acides aminés. Les uns, apportent les ferments, les autres, les acides aminés, sous leur forme biologiquement active, en proportions équilibrées : ensemble complet des acides aminés indispensables, et de ceux dont la carence est, pour le moins, incompatible à une « reprotidation » rapide.

3. *Les stéroïdes anabolisants :*

Aux médications précitées, il est bon d'adjoindre l'administration par voie parentérale, d'un stéroïde, dont l'effet androgène est effacé presque totalement, au bénéfice de l'action anabolisante. Ces stéroïdes, dont fait partie l'œnanthate de méthénolone, trouvent leur indication « princeps » en gériatrie, où ils préviennent, enravent ou modèrent l'involution sénile, et ses complications. C'est ainsi, que :

a) Ils assurent une amélioration de l'état général, et exercent une action favorable sur la cicatrisation des escarres, d'une part, par augmentation de l'absorption et de l'utilisation des protéines, et d'autre part, par opposition à leur désintégration excessive ;

b) Ils stimulent l'élan vital, et l'activité générale par diminution de l'angoisse, et amélioration de l'appétit ;

c) Ils permettent, enfin, une meilleure tolérance tant aux maladies chroniques anciennes, qu'aux affections aiguës en cours, par traitement ou prévention des syndromes de glissement, soit spontanés, soit déclenchés par une agression, physique ou psychique.

4. *Les dérivés di-hydrogénés de l'ergot de seigle :*

Leur prescription s'explique, d'une part, par leur action de « potentialisation », autorisant le recours à des doses beaucoup moindres d'antidépresseurs, mal tolérés aux doses fortes, en gériatrie, et d'autre part, parce qu'ils « ouvrent la voie » à l'action de la psychothérapie, par stabilisation, voire même régression des troubles qui en resserrent les limites, tels que : affaiblissement des capacités intellectuelles, imperfection de la compréhension, perturbation de la mémoire, réduction des facultés d'adaptation, instabilité psycho-émotionnelle, et baisse de l'intérêt et de l'attention.

B. AGENTS LOCAUX, DETERGENTS ET CICATRISANTS.

Pour reformer la substance perdue, du fait de l'escarre, comme de toute autre plaie mutilante, il est nécessaire qu'interviennent

trois facteurs : la contraction des berges, le bourgeonnement charnu, et l'épidermisation marginale.

1° La contraction des berges remodèle la région atteinte par la mobilisation des tissus voisins. Le mouvement, concentrique, lent et continu, des tissus périphériques peut ainsi dans les conditions les plus favorables, atteindre 65 à 70 % de la surface totale de la plaie.

2° Le bourgeonnement charnu, par la migration et la prolifération des cellules endothéliales et conjonctives, comble, progressivement le trou laissé par la chute des tissus nécrosés de l'escarre. Suivant la densité vasculaire du lit de la plaie, la pousse des bourgeons charnus est plus ou moins rapide. De structure labile, leur rôle de comblement terminé, ils sont recouverts par l'épiderme seul tissu capable de les contenir, puis de les affaisser pour en faire un tissu conjonctif stable.

3° Enfin, sur le tapis nourricier, créé par les bourgeons charnus, l'épidermisation marginale s'effectue lentement, ouvrant la voie à la cicatrisation, proprement dite.

L'action de ces différents facteurs est sujette, cependant, à des impasses, surtout, si au sein de l'escarre, persistent des amas de tissu nécrosé. Ainsi, pour être valable, toute thérapeutique locale doit déterger l'escarre, la désinfecter, et favoriser à son niveau la régénération tissulaire.

La détersion élimine les tissus dévitalisés et nécrosés, dont la présence, tout à la fois, favorise la persistance d'une infection, plus ou moins torpide, pour laquelle ils réalisent un véritable bouillon de culture, et inhibe les processus possibles de régénération cellulaire, probablement par action cytotoxique. Par ailleurs, la désinfection, autre condition essentielle d'une cicatrisation valable, supprime l'activité des toxines microbiennes sur les tissus. Elle stoppe les réactions inflammatoires et nécrosantes locales, ainsi que les processus sclérosants de défense qui s'opposeraient à la contraction des berges, et la formation des bourgeons.

Tenant compte de toutes ces données, les résultats seuls d'une expérimentation conduite, avec différents agents locaux, dits cicatrisants, ont permis d'en limiter le nombre, et d'en arrêter le choix à la prescription d'un soluté, et d'un pansement-traitement.

I. Le « DV 511 », ou soluté « d'Acerbine » :

Le DV 511 est une association moléculaire d'esters, et d'acides malique, benzoïque, et salicylique, dans le propylène-glycol, en solution aqueuse.

Le choix d'un tel soluté, dans la thérapeutique de l'escarre, a

été dicté par ses actions multiples, son absence d'intolérance cutanéomuqueuse, et la facilité de ses procédés d'application.

1. A cause de ses actions différentes, mais toutes indispensables au traitement de l'escarre, le DV 511 présente l'intérêt de permettre en fait la prescription d'une thérapeutique unique. En évitant l'emploi de divers agents à indication isolée, le risque de provoquer des intolérances locales est notablement, diminué.

Les différents constituants du DV 511 en font un soluté précieux pour ses actions biostimulante, détergente, antiseptique et cicatrisante :

a) L'Action biostimulante cellulaire se situe, au niveau du cycle de Krebs, où l'acide malique représente un chaînon fondamental. Pour les tissus lésés de l'escarre, dont les besoins énergétiques sont considérablement accrus par les processus cellulaires de cicatrisation, l'acide malique fournit le complément énergétique nécessaire, ainsi que les coenzymes indispensables à l'activation des cellules en anoxie. L'apport d'acide malique assure une économie d'énergie cellulaire, une élimination indispensable de l'acide carbonique et une hydratation satisfaisante des tissus lésés.

b) L'action détergente assure la liquéfaction et l'élimination des débris sphacéliques de l'escarre, laquelle devient propre, avec un « fond » bien cruenté, sain et vivant.

c) L'action antiseptique s'oppose à toute surinfection locale. Le spectre du DV 511 couvre, en effet, les infections dues aux germes cutanés; *escherichia coli*, *pyocyanique*, *protéus vulgaris*, *staphylocoque doré* et *bacillus subtilis*.

d) Ainsi, la plaie, activée, détergée et désinfectée, est toute préparée pour la bonne marche des facteurs de cicatrisation. Parallèlement à la contraction des berges, apparaît, au fond de l'escarre, la surface d'un rouge vif, sans aspect tomentueux, des bourgeons charnus qui comblent la perte de substance de l'escarre, et sur laquelle glissent les cellules qui participent à l'épidermisation.

2. Absence d'intolérance cutanéomuqueuse. Il y a une absence complète de phénomènes secondaires réactionnels ou d'intolérance. Est seul, à signaler, un inconvénient noté par tous les auteurs, et qui consiste, immédiatement après l'application du soluté, en la survenue d'une réaction douloureuse, à type de brûlure, d'intensité variable, disparaissant en quelques minutes. Cette douleur, retrouvée après chaque application locale de DV 511 est due probablement à l'acidité du produit. Elle ne doit en aucun cas, amener à interrompre le traitement, car après trois à quatre jours, les malades ne la ressentent plus.

3. Facilité des procédés d'application : délivré en flacon atomiseur, le DV 511 peut être utilisé :

— soit, par applications de compresses stériles, imbibées du produit;

— soit, par pulvérisations directes sur la lésion;

— soit, par irrigations, à la seringue, ou par l'intermédiaire d'un drain de caoutchouc inclus dans un pansement occlusif, si l'escarre est d'une surface importante.

II. *Le pansement-traitement, ou « Tulsec-soframycine » :*

Il s'agit d'un pansement sec et aéré qui évite la macération. Modérément anti-inflammatoire, il freine l'exubérance des bourgeons charnus, et favorise une meilleure contraction des berges. Non adhérent, il permet le contrôle de la plaie, sans douleur pour le malade, et sans risque d'endommager un épiderme en voie de cicatrisation, et donc particulièrement fragile. Imprégné d'un antibiotique, le sulfate de framycétine, il combat, et prévient les infections cutanées microbiennes. Enfin, cet antibiotique, réservé à l'usage local, et le support du pansement en tissu de chlorure de polyvinyle, sont non allergisants, par conséquent, ce pansement, en outre rigoureusement stérile, est parfaitement toléré par tous les épidermes.

TABEAU DES MEDICATIONS « SUBSTITUTIVES »

Nature	Dénomination pharmacologique	Composition	Spécialités	Présentation utilisée	Voie d'administration prescrite
Vitamines	Hydrosol polyvitaminé	Vitamines : A, D, E, B.1, B.2, B.6 et C ; acide nicotinique pan- tothénate de calcium.	Hydrosol polyvitaminé	Gouttes (solution aqueuse)	Orale
Acides aminés	Protéolysats d'acides aminés	Soluté buvable des ac. aminés dits « essen- tiels » : tryptophane, lysine, tyrosine, mé- thionine, cystéine, thréonine, histidine.	Protéolysat	Ampoules buvables de 20 cc. (soluté à 10 %)	Orale
Ferments diges- tifs	Lyophilisats d'enzymes	E n z y m e s g a s t r i q u e s d'agneau : Vitamine B.12, Acide citrique, Lactose, Dextrine, Maltose.	Enzylac	Poudre-granulé	Orale
Stéroïde anaboli- sant		(Enanthate de méthé- nolone.	Primobolan-dépôt	Ampoules injectables de 1 ml à 100 mg	Parentérale-(intra- musculaire)
Eutonique	Dérivés di-hydro- génés de l'ergot- de seigle	Méthane - sulfonate de dihydroergocornine, dihydroergocristine, et dihydroergokryptine.	Hydergine	Gouttes 20 gout. = 1 mg = ml	Orale

TABEAU DES THÉRAPEUTIQUES LOCALES

Dénomination pharmaco- logique	Spécialités	Propriétés	Nature chimique	Présentations
D.V. 511	Acerbine	Biostimulante, détergente, antiseptique, cicatrisante.	Acides : mallique, benzoïque, salicylique, et leurs esters, en solution dans le propylène-glycol.	Flacon atomiseur 30 et 120 ml. Flacon de 500 et 1 000 ml réservé pour l'usage des services hospitaliers.
Tulsec	Tulsec Soframycine	Sterile, anti-inflammatoire, cicatrisant, antibiotique.	Gaze stérile imprégnée de sulfate de framycétine.	Boîte de cinq compresses stériles de 12 12 cm, en sachets individuels.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

La prévention et le traitement de l'escarre à ses différents stades d'évolution, ont été étudiés sur des malades âgés, hommes et femmes, qui avaient été hospitalisés pour démence ou syndromes déficitaires de type sénile. Selon les modalités pratiques envisagées, les observations ont été réparties en trois groupes :

A. PREMIER GROUPE.

Ce premier groupe est constitué par un ensemble d'observations traitant d'escarres, déjà au stade d'ulcération nécrotique quand le traitement fut entrepris. Les résultats obtenus, à vrai dire peu encourageants, ont cependant permis d'établir une certaine sélection parmi les divers agents dits cicatrisants. En outre, ils ont orienté cette étude vers la recherche des « gestes et médications » susceptibles de prévenir les escarres, et d'accélérer les processus de la cicatrisation.

Pour les 8 malades faisant partie de ce groupe, aucune modalité pratique particulière n'a été envisagée. Seules ont été suivies les indications d'emploi propres aux divers agents locaux « essayés ».

OBSERVATION N° 1

M. P... Louis, 81 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence. Inappétence. Mauvais état général.

Date et cause de l'alitement : 10 février 1964, épisode pulmonaire fébrile.

Apparition des escarres : 48 heures après l'alitement.

12 février 1964.

Escarres fessières bilatérales :

— à droite : escarre, superficielle, propre, de $2 \times 3,5$ cm ;

— à gauche : lésion plus importante, de 4×6 cm, entamant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Traitement proposé : après nettoyage bi-quotidien des plaies, au sérum physiologique, application de Madecassol, poudre.

16 février 1964.

Aucune tendance à la cicatrisation :

— infection de l'escarre droite ;

— à gauche : extension notable de la lésion : surface d'une paume de main ; profondeur de 3 à 4 cm ; au centre, zone noirâtre de tissu nécrosé.

19 février 1964.

Décès du malade, dans un tableau de cachexie, et d'hyperthermie, résistance aux antibiotiques, malgré la disparition des signes fonctionnels et physiques de l'affection initiale.

Par ailleurs, extension rapide des escarres. Les thérapeutiques cicatrisantes n'ont donné aucune amélioration.

OBSERVATION N° 2

M. L... Antoine, 60 ans

Diagnostic : *démence épileptique*.

Incontinence. Gloutonnerie. Mauvais état général.

Date et cause de l'alitement : 5 mars 1964, insuffisance cardiaque.

Apparition des escarres : 24 heures après l'alitement.

6 mars 1964.

Escarres sacrée et trochantérienne droite :

Traitement proposé : nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique, alternativement, un jour sur deux : application de Madecassol, poudre et de Paikinase-bacitracine, poudre.

10 mars 1964.

Creusement de l'escarre sacrée, étendue sur une surface de 10 cm de diamètre environ, avec nombreuses plages de nécrose.

Etat stationnaire de l'escarre trochantérienne.

16 mars 1964.

Mouvement fébrile progressivement ascendant depuis trois jours, inexpliqué.

Ebauche de détersion aux niveaux des deux escarres : propres, elles sont exemptes des tissus nécrosés ; d'autre part, tendance vers l'extension en surface.

19 mars 1964.

Décès du malade. Dans les jours précédents, persistance du mouvement fébrile, malgré la prescription d'antibiotiques à large spectre.

OBSERVATION N° 3

M. B... Antoine, 88 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Inappétence. Etat général moyen.

Date et cause de l'alitement : 30 juin 1964, pneumonie.

Apparition des escarres : 48 heures après l'alitement.

1^{er} juillet 1964.

Escarre sacrée, d'une profondeur de 1 cm, étendue 6×5 cm.

Traitement proposé : nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique + application de Païkinase-bacitracine, poudre.

D'autre part, Madecassol, injectable : une intra-musculaire, un jour sur deux, série de 12 injections.

6 juillet 1964.

Autour de l'escarre : réaction eczématiforme. Sur l'abdomen, le dos et les racines des membres inférieurs : réaction pyodermique.

Modifications apportées au traitement : suppression du Madecassol, injectable. Soins locaux inchangés.

13 juillet 1964.

Extension de l'escarre à la zone qui était le siège de la réaction eczématiforme.

20 juillet 1964.

Persistance de la lésion sacrée : aucune tendance à la cicatrisation.

Par ailleurs, réapparition de la température, qui, cependant, avait « décrochée » depuis trois jours. Aucun signe ne permet de redouter une des complications de la pneumonie.

28 juillet 1964.

Suintement important de l'escarre, qui d'autre part s'est recouverte d'une croûte noirâtre.

Température persistante, malgré antibiothérapie générale.

3 septembre 1964.

Décès du malade, dans un tableau de cachexie, et d'hyperthermie, avec extension de l'escarre sacrée dans les deux jours qui ont précédé la mort du sujet.

OBSERVATION N° 4

M. A... Elie, 72 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Appétit capricieux. Affaiblissement général important.

Date et cause de l'alitement : 28 août 1964, troubles colitiques, difficilement coercibles. Hypotension avec tendance au collapsus.

Apparition des escarres : trois jours après l'alitement.

1^{er} septembre 1964.

Phlyctènes de 3 et 5 cm de diamètre aux talons D. et G.

Escarres fessières débutantes, bilatérales.

Traitement proposé : interposition d'un coussinet au niveau du tiers inférieur des tibias. Sur les escarres fessières : nettoyage au sérum physiologique matin et soir. Application, le matin de Païkinase-bacitracine, poudre; le soir, de Madecassol, poudre.

12 septembre 1964.

Eclatement de la phlyctène talonnière droite, et suintement d'un liquide hématique.

Détérsion des escarres fessières, indemnes d'infection.

25 septembre 1964.

Infection des escarres fessières, survenue parallèlement à une « débâcle » diarrhéique.

La totalité de la phlyctène talonnière droite a été excisée au bistouri.

Hyperkératose nette de la phlyctène talonnière gauche, sous laquelle à la palpation est perçue une impression de vacuité.

5 octobre 1964.

Amorce de cicatrisation au niveau des escarres fessières.

15 octobre 1964.

Nouvel épisode diarrhéique, marqué encore par une aggravation des escarres fessières, et par l'apparition de nouvelles au niveau des omoplates, traitées par simples massages à l'Epithao.

L'escarre talonnière droite semble moins étendue, du fait de la survenue de la contraction des berges.

L'hyperkératose gauche réalise une « coque » épaisse, protectrice.

28 octobre 1964.

Disparition des lésions scapulaires.

Rémission au niveau des escarres fessières : après une courte phase de détersion, formation de bourgeons dans la profondeur de l'ulcération; à la périphérie : deux lisérés d'épidermisation.

Etat stationnaire de l'escarre talonnière droite.

Du 12 novembre 1964 au 1^{er} février 1965.

Développement sur l'escarre talonnière droite d'une coque hyperkératosique.

Sur les escarres fessières, alternative d'aggravation et de rémission, au rythme des troubles colitiques diarrhéiques, imprévisibles, et incoercibles.

OBSERVATION N° 5

M. D... Camille, 71 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Gloutonnerie. Mauvais état général.

Date et cause de l'alitement : 3 octobre 1964. Accident paroxys-tique d'insuffisance ventriculaire gauche.

Apparition des escarres : 24 heures après l'alitement.

4 octobre 1964.

Escarre fessière droite de $5 \times 3,5$ cm, d'une profondeur d'un demi-centimètre, avec en son centre un zone de tissus morts.

Traitement proposé : nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique + application de Madecassol, poudre.

Par voie intra-musculaire : une injection de Madecassol, un jour sur deux, série de 12 injections.

10 octobre 1964.

Surinfection, et extension de l'escarre dont la surface passe à 8×5 cm.

Pyodermite, étendue aux membres inférieurs, et au bas du dos.

Mouvement fébrile, progressivement ascendant, depuis trois jours.

Modifications apportées au traitement : suppression du Madecassol, injectable. Localement : lavage de la lésion, matin, midi, et soir + application, matin et soir de Païkinase-bacitracine, poudre ; à midi, poudre de Madecassol.

20 octobre 1964.

Détérsion importante de l'escarre, laissant sourdre un liquide jaunâtre, d'odeur fétide.

Malgré les antibiotiques, la température ne « décroche » pas de 38° , 5 - 39° .

5 novembre 1964.

Extension de l'escarre au côté gauche. Elle affecte en effet, la forme d'un fer à cheval, très évasé. En outre, en profondeur, de multiples foyers de nécrose noirâtre, malgré les différentes thérapeutiques locales.

29 novembre 1964.

Décès du malade, dans un tableau de cachexie extrême, avec hyperthermie. Au niveau des escarres, aucune tendance vers la cicatrisation.

OBSERVATION N° 6

M. G... Jean-François, 60 ans

Diagnostic : *arriération mentale, avec séquelles motrices d'encéphalopathie infantile.*

Pas d'incontinence. Gloutonnerie. Etat général satisfaisant.

Date et cause de l'alitement : 20 novembre 1964 ; affection pulmonaire fébrile.

Apparition des escarres : cinq jours après l'alitement.

25 novembre 1964.

Trois phlyctènes, étagées, au niveau du sacrum.

28 novembre 1964.

Confluence des phlyctènes éclatées, ou ouvertes par lésion de « grattage », entraînant un décollement cutané, de 15 × 10 cm.

Traitement proposé : nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique, suivi, pendant trois jours d'une application de Trypsine, poudre, puis de Païkinase-bacitracine, poudre.

7 décembre 1964.

La lésion devient saignante et douloureuse.

15 décembre 1964.

Pas d'infection locale, mais creusement de l'escarre, dont le fond par ailleurs est d'un rouge vif, propre, indemne de zones noirâtres de nécrose.

En plus du traitement local, a été prescrit une série de 12 injections de Madecassol, au rythme d'une intra-musculaire tous les deux jours.

27 décembre 1964.

Lésion de grattage manifeste, les bords de l'escarre sont striés en « coups d'ongle » sur une longueur de 2 cm, environ.

3 janvier 1964.

Infection et extension de l'escarre en surface, mais toujours pas de zones noirâtres.

En outre, indocilité du malade qui, à plusieurs reprises, arrache les pansements, et gratte sa plaie.

Par contre, chez ce sujet, aucune pyodermite n'a été constatée avec le Madecassol injectable.

12 janvier 1965.

Amorce de cicatrisation. Comblement de l'escarre par les bour-

geons charnus; à la superficie : fin liséré, témoin d'une épidermisation débutante.

17 janvier 1965.

Nouvel épisode fébrile bronchitique.

Apparition concomitante au sein de l'escarre, pourtant en bonne voie de cicatrisation, de zones multiples de tissu noir, dur et indolent.

22 janvier 1965.

Etat stationnaire des escarres, traitées, alors, au D.V. 511.

OBSERVATION N° 7

M. C... Gilbert, 60 ans

Diagnostic : *démence vésanique chez un maniaco-dépressif.*

Pas d'incontinence. Inappétence. Bon état général.

Date et cause de l'alitement : 25 novembre 1964; mouvement fébrile, chez un tuberculeux pulmonaire.

Apparition des escarres : 5 jours après l'alitement.

30 novembre 1964.

Escarre fessière droite, superficielle, de 8×4 cm.

Phlyctène fessière gauche, de la taille d'une pièce de 1 franc.

Traitement proposé : après excision de la phlyctène, sur les deux escarres, nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique, suivi d'application pendant trois jours de Trypsine, poudre, puis de Païkinase-bacitracine.

2 décembre 1964.

Etat général, déclinant de jour en jour, depuis l'alitement. Pas d'amélioration de l'affection pulmonaire.

Parallèlement, extension des escarres en surface, comme en profondeur, avec zones multiples de foyers de nécrose.

Modifications apportées au traitement : par jour, une application de Païkinase-bacitracine, et deux de Madecassol, poudre.

5 décembre 1964.

Aucune action de la thérapeutique cicatrisante, sur ce « terrain » évoluant journellement vers la cachexie.

7 décembre 1964.

Décès du malade.

OBSERVATION N° 8

M. N... Marcel, 60 ans

Diagnostic : *démence atrophique*.

Incontinence complète. Gloutonnerie. Mauvais état général.

Date et cause de l'alitement : 18 décembre 1964. Mouvement fébrile, après brûlures sur le dos.

Apparition des escarres : 12 heures après l'alitement.

19 décembre 1964.

Phlyctènes dorsales et sacrées, étroites, mais longues de 20 cm.

Rougeurs bilatérales scapulaires.

Traitement proposé : sur les rougeurs scapulaires, massage à l'Epithao. Après excision des phlyctènes, nettoyage bi-quotidien au sérum physiologique, suivi d'une application de Madecassol poudre, et d'une autre à la Païkinase-bacitracine.

27 décembre 1964.

Etat stationnaire des rougeurs scapulaires.

Surinfection des escarres dorso-sacrées, linéaires.

5 janvier 1965.

Guérison des lésions scapulaires.

Suintement d'odeur fétide des escarres, dont l'étendue des tissus mortifiés est parallèle au mouvement thermique, qui, au début, avait cédé aux antibiotiques, pour y devenir résistant, après trois jours de stabilisation.

15 janvier 1965.

Malgré le traitement local, renforcé par la prescription de Madecassol, injectable, les escarres se creusent, s'étendent.

« Glissement » rapide de l'état général du malade qui ne s'alimente plus par voie buccale.

28 janvier 1965.

Cachexie terminale. Hyperthermie à 40° depuis 72 heures.

B. *DANS LE DEUXIEME GROUPE*, sont classées des observations relevées dans des services « femmes ». Dans l'impossibilité de « suivre » d'une façon continue ces malades, les modalités employées pour traiter les escarres déjà évoluées, ont été limitées à l'application des mesures kinésithérapiques, et aux soins locaux : nettoyage bi-quotidien de la lésion au sérum physiologique, pulvérisations au D.V. 511, et interposition d'une gaze « Tulsec ».

Dix observations composent ce groupe, c'est-à-dire celles numérotées de 9 à 18.

OBSERVATION N° 9

M^{me} B... Marie-Camille, 78 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Anorexie. Très mauvais état général.

Grabataire depuis des mois.

Vue la première fois, le 4 février 1965.

Nombreuses escarres, importantes et infectées :

- Scapulaire droite : 7 × 6 cm;
- Sacrée : 13 × 10 cm;
- Fessière droite : 4 × 5 cm;
- Fessière gauche : 1 × 0,5 cm;
- Malléolaire externe droite : 4 × 3 cm.

Toutes ces escarres, existantes depuis trois mois, loin de se cicatriser, s'étaient étendues progressivement, malgré les thérapeutiques prescrites (Trypsine, poudre, Placentafil, Madecassol, poudre).

Traitement proposé : matelas « alternating », massage « trophique », changements de position, 4 fois par jour; localement : nettoyage tri-quotidien au sérum physiologique, suivi d'irrigations à la seringue de D.V. 511, au niveau de toutes les lésions.

Du 4 au 18 février 1965.

Détersion importante de toutes les escarres qui, de jour en jour, se débarrassent des tissus nécrosés, sous forme d'un enduit noirâtre semi-liquide, d'odeur fétide.

25 février 1965.

Au sein des lésions, disparition de l'infection, toutefois le pronostic demeure « réservé », un tableau septicémique se déclare.

13 mars 1965.

Aucune ébauche de cicatrisation. La seule action du D.V. 511, sur ces escarres, vues trop tardivement, a été de les déterger.

Décès de la malade par cachexie terminale et septicémie hautement fébrile.

OBSERVATION N° 10

M^{me} N... Marie, 83 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Inappétence. Etat général médiocre.

Grabataire depuis des mois.

Vue la première fois, le 25 février 1965.

Escarre fessière droite, de 5 cm de diamètre.

Traitement proposé : nettoyage bi-quotidien de la lésion, au sérum physiologique, suivi de pulvérisations directes de D.V. 511.

11 mars 1965.

Aucun phénomène de cicatrisation, mais, après détersion complète, le fond de la lésion, de noirâtre, est devenu rouge, bien cruenté.

26 mars 1965.

Poussée fébrile d'origine pulmonaire qui a cédé en 5 jours de traitement. Toutefois a coïncidé une aggravation de l'escarre. Bilatérale, s'étend, maintenant, en forme d'ailes de papillon :

— à droite : mesure 12 × 6 cm ;

— à gauche : mesure 10 × 3 cm.

En outre, phlyctène de 4 cm de diamètre sur le talon gauche.

Après excision de la phlyctène, application trois fois par jour, de compresses imbibées de D.V. 511.

8 avril 1965.

Amélioration des escarres fessières : bourgeonnement charnu, contraction des berges des lésions, et début d'épidermisation.

Absence d'infection.

Au talon, nette contraction des berges, réalisant comme un surplomb sur la profondeur de l'escarre.

23 avril 1965.

Poursuite des processus de cicatrisation, demeurant cependant beaucoup plus lent au niveau du talon.

6 mai 1965.

Comblement total de l'ulcération fessière gauche ; à droite, il n'est que partiel.

Diminution de moitié de la lésion talonnière.

20 mai 1965.

L'épidermisation finale a mis un terme aux escarres.

OBSERVATION N° 11

Mlle L... Marcelle, 97 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence. Etat général satisfaisant. Grabataire depuis un mois.

Vue la première fois, le 3 mars 1965.

Escarres fessières bilatérales, ayant atteint en huit jours le plan aponévrotique.

Traitement proposé : nettoyage biquotidien au sérum physiologique, suivi de pulvérisations directes des lésions au D.V. 511.

17 mars 1965.

Encore aucun phénomène de cicatrisation, par contre l'ulcération est vide de tissus nécrotiques.

31 mars 1965.

Diminution de moitié de la surface des lésions.

10 avril 1965.

Guérison presque totale des escarres : seule subsiste une petite zone cutanée, décollée d'un centimètre de diamètre.

OBSERVATION N° 12

M^{me} M... Marguerite, 79 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Inappétence. Grabataire depuis sept mois.

Vue, la première fois, le 18 mars 1965.

Escarres nombreuses et infectées :

- fessière droite, creusante, de 16×10 cm; profondeur atteignant par place de 1 à 2,5 cm;
- talonnière gauche, d'une surface de $0,5 \times 1$ cm;
- malléolaire externe droite, de 4 cm de diamètre.

Toutes ces escarres évoluaient depuis trois mois, malgré les différentes thérapeutiques instaurées (Trypsine, Madecassol; poudre et injectable, Placentafil, Paikinase-bacitracine).

Traitement proposé : matelas « alternating », massages « trophiques », changements de position 4 fois par jour.

Sur les lésions : irrigations à la seringue de sérum physiologique, trois fois par jour, suivi d'irrigations à la seringue de D.V. 511.

25 mars 1965.

Détersion importante surtout au niveau de l'escarre fessière droite;

Rétraction des berges de l'escarre malléolaire externe.

8 avril 1965.

Fermeture de la lésion talonnière.

Arrêt du processus nécrosant de l'escarre fessière, dont le fond, demeure exempt d'infection malgré l'incontinence complète.

22 avril 1965.

Amélioration progressive, lente, ainsi que le laissait prévoir l'état de dénutrition de la malade.

Au niveau de l'escarre fessière, là où la profondeur était moindre, formation de lisérés concentriques : témoins d'une épidermisation marginale, débutante.

6 mai 1965.

Bourgeonnement et épidermisation ont réduit l'escarre fessière aux dimensions de 10×4 cm. La plus grande profondeur n'excède pas 1 cm.

L'escarre talonnière, totalement comblée, est recouverte d'une peau de bonne qualité.

Au niveau de la malléole externe, évolution très lente vers la cicatrisation.

20 mai 1965.

Les bourgeons charnus continuent à réduire l'épaisseur de l'ulcération fessière.

3 juin 1965.

Poussée fébrile inexplicquée qui a cédé en huit jours grâce à l'association antibiotique corticoïde.

Période, pendant laquelle on a assisté à l'aggravation de l'escarre fessière qui, à nouveau, s'est creusée, avec apparition de zones nécrotiques.

En outre, survenue d'une nouvelle escarre, spontanément creusante, au niveau des tubérosités trochantériennes gauches, ayant 5 cm de diamètre, et 3 cm de profondeur.

16 juin 1965.

Nouvelle détersion de l'escarre fessière qui, par ailleurs est réduite à une surface de 7 cm de diamètre.

L'escarre trochantérienne se débarrasse de ces tissus nécrosés. Sa cicatrisation promet d'être longue, l'ulcération, en effet, très importante réalise un « entonnoir » de près de 6 cm de profondeur.

15 juillet 1965.

Cicatrisation totale de la lésion malléolaire.

L'ulcération fessière est en voie lente de fermeture.

L'escarre trochantérienne est sans doute réduite en surface, par contre le gain en profondeur demeure lentement progressif.

22 juillet 1965.

L'épidermisation glisse de jour en jour sur la surface régulière des bourgeons charnus qui ont comblé en totalité l'ulcération fessière.

Au niveau de l'escarre trochantérienne, peu d'amélioration; la perte de substance est, encore, importante.

OBSERVATION N° 13

Mlle B... Adèle, 72 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Bon état général.

Vue la première fois, le 20 mars 1965.

Escarre talonnière gauche se présentant sous la forme d'une phlyctène de 5 cm de diamètre.

Traitement proposé : après excision de la phlyctène au bistouri, nettoyage biquotidien de la lésion au sérum physiologique, suivi de pulvérisations directes de D.V. 511.

1^{er} avril 1965.

Après un temps de suintement important, ayant duré trois jours, la contraction des berges a seule réduit la plaie à 3 cm de diamètre.

14 avril 1965.

Le bourgeonnement a réduit la profondeur de l'ulcération, limitée à 1 cm.

29 avril 1965.

Guérison complète de l'escarre.

OBSERVATION N° 14

M^{me} C... Pierrette, 83 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Bon état général.

Vue, la première fois : *le 7 avril 1965*.

Escarre fessière gauche, de forme ovoïde (7×5 cm).

Traitement proposé : nettoyage biquotidien au sérum physiologique, suivi d'irrigations à la seringue de D.V. 511.

16 avril 1965.

Etat stationnaire de l'escarre, même après ces dix jours de traitement.

29 avril 1965.

Amélioration spectaculaire, amorcée dès que les tissus nécrosés ont été éliminés. Le fond propre, bien cruenté est comblé en partie, sur les bords, deux lisérés, parallèles d'épidermisation.

13 mai 1965.

Bourgeonnement et épidermisation ont réduit, considérablement l'escarre, limitée, ce jour, à une lésion superficielle, n'excédant pas la surface d'une pièce de 20 centimes.

22 mai 1965.

Guérison de la lésion fessière.

OBSERVATION N° 15

M^{lle} C... Anne-Marie, 70 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Etat général satisfaisant.

Vue la première fois : *le 13 avril 1965*.

Escarres :

- sacrée, grossièrement triangulaire;
- fessière bilatérale :
 - à droite, de 4 cm de diamètre;
 - à gauche, ulcération creusante de 15 × 8 cm;
- talonnières gauche, et droite.

Traitement proposé : irrigations triquotidiennes à la seringue, dans un premier temps, avec du sérum physiologique, dans un deuxième, avec du D.V. 511.

26 avril 1965.

Totale détersion des escarres fessières et sacrée. Aux talons, persiste un écoulement noirâtre de tissus nécrosés.

6 mai 1965.

Comblement et fermeture de l'escarre fessière droite; à gauche, et au niveau de l'ulcération sacrée, absence d'infection malgré l'incontinence complète.

Légère contraction des berges au niveau des escarres talonnières.

18 mai 1965.

Présence de lisérés à la périphérie de la lésion fessière gauche; comblement partiel de l'escarre sacrée.

26 mai 1965.

Persistance des ulcérations existantes au talon, laissant sourdre, encore, un écoulement « sale », d'odeur fétide. Des troubles vasculaires sont probablement à l'origine de la lenteur des facteurs de la cicatrisation.

3 juin 1965.

Fermeture, presque complète des escarres fessière et sacrée : la surface de la première est réduite à 3 × 2 cm, au niveau de la seconde ne persiste qu'une petite zone décollée.

Très léger comblement des escarres talonnières.

16 juin 1965.

Cicatrisation de la lésion sacrée. L'escarre fessière est en bonne voie de guérison.

Aux talons, bien que le comblement ne soit pas total, la plaie se recouvre d'un tissu kératosique.

25 juin 1965.

Ne persistent, encore, que les escarres talonnières.

OBSERVATION N° 16

M^{me} M... Marie-Laure, 65 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Etat général satisfaisant.

Vue la première fois : *le 14 avril 1965*.

Escarre sacrée, encore superficielle, avec suintement important.

Traitement proposé : nettoyage biquotidien au sérum physiologique, suivi d'application de compresses imbibées de D.V. 511.

22 avril 1965.

Détersion totale de l'escarre; apparition de trois lisérés superposés, à la périphérie de la lésion.

6 mai 1965.

L'escarre est en bonne voie de cicatrisation : comblée en totalité, la guérison n'est plus tributaire que de l'épidermisation terminale, déjà bien amorcée.

18 mai 1965.

Cicatrisation définitive de l'escarre.

OBSERVATION N° 17

M^{lle} R... Augustine, 69 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Etat général satisfaisant.

Vue la première fois : le 24 avril 1965.

Escarre sacrée, présentant la forme d'un triangle, avec angles arrondis, creusante, elle atteint le plan aponévrotique.

Traitement proposé : irrigations biquotidiennes d'abord au sérum physiologique, puis au D.V. 511.

7 mai 1965.

Pendant les sept premiers jours du traitement, suintement important de tissus nécrosés.

18 mai 1965.

Action rapide des différents facteurs de la cicatrisation; la lésion, initialement de 17×8 cm, est réduite à 8×3 cm.

Comblement total par les bourgeons charnus. Quelques lisérés discontinus à la périphérie.

3 juin 1965.

Cicatrisation complète.

OBSERVATION N° 18

M^{me} T... Jeanne, 85 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Dénutrie. Grabataire depuis 2 mois.

Vue la première fois : *le 28 mai 1965*.

Escarre sacrée, débutante, prise au stade de la plaque de désépidermisation.

Traitement proposé : après nettoyage biquotidien au sérum physiologique, application de compresses imbibées de D.V. 511.

9 juin 1965.

Aucun processus creusant, aucune infection ne sont notés, aussi, rien ne s'opposant à la contraction des berges, et à l'épidermisation, la surface de la lésion est-elle déjà, réduite de moitié.

23 juin 1965.

Guérison complète de la lésion sacrée.

C. *LE TROISIEME GROUPE* traite d'observations prises dans un service « hommes » auquel est rattaché une annexe dite de gérontopsychiatrie, groupant les malades mentaux âgés de soixante ans et plus.

Deux critères sont utilisés pour établir un choix parmi ces malades : le taux sanguin des protides totaux et le poids corporel. N'ont été retenus que les malades qui, isolément ou à la fois, « accusaient » :

— une protidémie abaissée par rapport à la normale (cette dernière se situant autour de 70 grammes par litre).

— et, un poids inférieur à celui dit « idéal », calculé selon la formule :

Poids « idéal » = 50 kg + 0,75 (taille en cm — 150).

Tous les malades « sélectionnés » sont, selon diverses modalités, l'objet de soins particuliers jusqu'à normalisation de leur protidémie, redressement et stabilisation de leur courbe pondérale. Des recherches mensuelles de la protidémie, et des pesées hebdomadaires assurent ce contrôle.

1° *Modalités pratiques, concernant la prévention des escarres :*

a) *Les soins diététiques* sont suivis par le truchement de la tenue journalière de deux fiches rédigées par le personnel infirmier :

α) sur l'une, sont reportés :

- l'ordonnance des menus journaliers;
- la liste des mets dits de remplacements ou de suppléments;
- la nature des « provisions » apportées éventuellement par les familles;
- les accidents digestifs survenus au cours de la journée.

En outre, dans une colonne réservée à cet effet le personnel inscrit le nom des malades qui, en partie ou en totalité, ont ou non honoré le menu du jour, ainsi que les provisions apportées par les familles. Une autre colonne permet encore de faire figurer le nom des malades sujets à des troubles du transit digestif.

β) sur l'autre fiche, établie le soir pour le lendemain, sont notées les prescriptions médicales éventuelles, spécifiques à certains malades, tels régimes particuliers, mets de « suppléments », de « remplacements », etc... Cette fiche est destinée aux services responsables de la cuisine, auxquels, par ailleurs, en son temps furent remis les tableaux transcrits au chapitre du traitement, concernant les indications diététiques propres aux vieillards.

A titre d'exemple, sont reproduites ci-dessous une de chacune de ces deux fiches type :

CENTRE MEDICO-PSYCHOTHERAPIQUE

Service du docteur :

Pavillon : St-Joseph

CAHIER DE REGIME

Journée du 15/5/65

	Régime normal	Régime particulier	Total
Malades présents	16	4	20
Boissons	13 (vin)	7 (tisane)	20
Petits déjeuners	13 (café au lait)	7 (potage)	20
Pain			
Détails des régimes particuliers	Diabétiques	Pierre M...; Louis A...; André C...; Antoine A...	4
	Déchlorurés		
	Hépatiques		
	Edentés	viandes mixées Légumes hachés.	11 6
Prescriptions particulières.			
Supplément	Lait		2 litres par jour
	Petit-suisse		1 ration
	Jambon		1 ration
Remplacement	De tous les légumes verts par pommes de terre, pâtes, etc.		Pour 2 malades
	De tous les fruits crus par fruits cuits.		Pour 7 malades
	Ouf par jambon.		Pour 1 malade
Divers	Vittel.		1 litre

PAVILLON St-JOSEPH

Régime alimentaire des malades « sélectionnés » du 14-6-65

<i>Petit déjeuner ...</i>	Café au lait	MM. Louis D...; Antoine A... Marcel R...
<i>Remplacement ..</i>	Potage Potage + lait	MM. Jean-Claude B...; Elie A... MM. Paul R...; Alexandre C...; Raymond B...; Louis B...; Dino S...
<i>MIDI :</i> <i>Menu</i>	Potage Riz au gras Poulet en blanquette Pêche cuite	Sauf M. Louis D... Sauf M. Paul R... Sauf M. Jean-Claude B...
<i>Remplacement ..</i>	Purée de pommes de terre	Pour M. Paul R...
<i>Supplément</i>	Jambon	Pour M. Jean-Claude B...
<i>Lait</i>	1 verre	Pour M. Dino S...
<i>Goûter</i>	Café au lait	Pour MM. Alexandre C... et Louis D...
<i>SOIR :</i> <i>Menu</i>	Potage Carottes Omelettes fines herbes Fromage Confitures Nouilles	Sauf M. Jean-Claude B... Sauf M. Elie A... Pour M. Jean-Claude B...
<i>Remplacement ..</i>		
<i>Supplément</i>		
<i>Lait</i>	1 verre	Pour MM. Paul R.. et Mar- cel R...
<i>Visites et provisions</i>	M. Louis D... chaussons aux pommes M. Elie A... gâteaux à la crème	
<i>Accidents digestifs du jour ..</i>	M. Elie A... diarrhée abondante le soir, ainsi que le lendemain au lever.	

Ces deux fiches ont un réel intérêt. Elles permettent de contrôler la bonne ordonnance des menus, l'appétit des malades, et de corriger, si cela est nécessaire, les incompatibilités individuelles par la prescription de « remplacements », ou de « suppléments » suivant les cas. Par ailleurs, si des troubles digestifs sont signalés à plusieurs reprises chez un même malade, l'étude des fiches permet de savoir s'il faut les attribuer au menu ou aux provisions, et d'en porter ainsi le remède adéquat.

b) *Les médications substitutives* sont, d'autre part prescrites à ces malades. Point n'est besoin de revenir sur leurs indications. Les posologies auxquelles elles ont été données, sont portées ci-dessous :

Spécialité	Posologie		Contre-indications
	journalière	dans le temps	
Hydrosol polyvitaminé	25 gouttes (midi et soir)	20 jours par mois	
Protéolysat	2 ampoules (midi et soir)	3 jours par semaine	
Enzylac	2 mesurettes (midi et soir)	3 jours par semaine	
Primobolan dépôt.		Une injection intra-musculaire toutes les trois semaines.	Chez les « prostatiques ».
Hydergine	25 gouttes (matin et soir)	20 jours par mois	

Les premiers résultats de ces soins diététiques et médicamenteux permettent de constater dans 80 % des cas :

— une augmentation nette du poids, allant de paire avec une amélioration de l'appétit : le gain se situe entre 3 et 5 kg pour deux malades, 5 et 7 kg pour quatre malades, 7 et 10 kg pour

deux malades. Deux par contre ont accusé une chute pondérale (l'un a eu un infarctus du myocarde, chez l'autre a été diagnostiquée une maladie de Hirschsprung).

— et, une normalisation de la protidémie, témoin d'une absorption et d'une utilisation meilleure des aliments ingérés.

Schématisation des résultats obtenus après six mois d'application des soins diététiques et médicamenteux

Nom et âge des malades	Protidémie : g/litre		Poids corporel : kg		Gain (+) ou perte (—) kg
	1 ^{er} février 1965	1 ^{er} août 1965	1 ^{er} février 1965	1 ^{er} août 1965	
A... Elie, 72 ans	60	71	67,8	64,5	— 3,3
A... Antoine, 71 ans	81	72	76	69	— 7
B... Jean-Claude, 75 ans	85	66	41	44,5	+ 3,5
B... Raymond, 81 ans	57	67	54	60,5	+ 6,5
B... Louis, 79 ans	81	65	51,6	55,2	+ 3,6
C... Alexandre 60 ans	63	67	52,5	59,1	+ 6,6
D... Louis, 87 ans	58	68	57,5	66,5	+ 9
R... Marcel, 65 ans	57	64	66,7	74	+ 7,3
R... Paul, 79 ans	61	67	58,5	64,3	+ 5,8
S... Dino, 77 ans	69	71	71,2	76,5	+ 5,3

Les risques d'escarres ont pu ainsi être limités. Les malades sont, en effet, armés contre la survenue éventuelle d'affections qui, en d'autres circonstances, les auraient condamnés à un alitement, plus ou moins prolongé, avec, à brève échéance, survenue d'escarres.

c) *En outre, doivent être évités : retraite du cerveau, manque d'intérêt et d'attention, perte du « goût de vivre ».* Pour ce faire, est réparti, au cours de la journée, tout un programme d'occupations et de distractions *dirigées*, pour créer à l'intérieur même du service, un climat moral, aussi familial que possible, propre à maintenir le dément éveillé.

α) Ainsi, sous la surveillance des infirmiers sont proposés :

- confection de paquets de papier hygiénique, nécessitant des gestes de découpage, de pliage, et d'assemblage ;

- pliage de compresses, ou encore de périodiques, et imprimés publicitaires, fournis par les imprimeries locales.

β) Parallèlement, de modestes distractions contribuent à soutenir l'attention, et l'intérêt :

- participation, dans la mesure du possible, à la décoration du pavillon, lors des fêtes occasionnelles ;

- programmes de télévision limités aux informations ou autres émissions d'une durée brève, et choisis en fonction de leur aptitude à éveiller des souvenirs, et à susciter en eux des sentiments « d'appartenance et de participation » à la vie extérieure ;

- projections de films, sélectionnés suivant les mêmes impératifs qui ont présidé au choix des émissions de télévision ;

- lectures à haute voix soit du journal local, soit de faits anciens ;

- enfin, audition de disques : le genre « opérette » ayant eu la faveur du plus grand nombre de malades.

γ) D'autre part, suivant les caprices du temps, il est demandé aux malades de se « dépenser » physiquement, soit à l'extérieur de l'unité de gériatopsychiatrie, soit à l'intérieur même du service. Dans ce but, la suppression au pied du lit de la chaise individuelle s'est révélée d'un appoint non négligeable. Pôle d'attraction du vieillard, économe de ses mouvements, sa présence ne fait que limiter l'univers du malade à l'espace restreint, compris entre le lit, la chaise et la table de chevet. Inversement, son absence attire le malade vers la salle de séjour, où, précisément, sont *dirigées* les occupations et les distractions, aptes à freiner l'involution psychique, et la désorganisation du dément.

d) Enfin, il est des malades qui ne peuvent, ou ne doivent pas se déplacer. Impotents, ou affaiblis par une affection intercurrente grave, ils sont alors en situation permanente de risques d'escarres. Pour cette catégorie de malades, des fauteuils conçus spécialement

pour eux, leur sont attribués. Ils présentent le double avantage de les maintenir en position demi-couchée, et de répartir la pression exercée par le poids du malade sur une surface plus étendue. Dossier et siège, inclinés à 120°, sont constitués par un treillis de toile métallique souple qui épouse intimement toute la surface portante du corps, ne limitant plus celle-ci aux omoplates, aux ischions, ou au sacrum. En outre, quatre fois par jour (le matin, en fin de matinée, dans l'après-midi et le soir) les massages trophiques sont prodigués à ces malades dont l'activité motrice est très limitée. Enfin, les malades sont installés sur des matelas alternant, avec changements de position contemporains aux massages, si un alitement strict s'avère indispensable.

2° Modalités pratiques, concernant la thérapeutique des escarres :

Quand l'ensemble des soins précédemment décrits se révèle inefficace à prévenir toutes les escarres, des soins locaux répétés trois fois par jour, sont parallèlement prescrits :

- nettoyage de la lésion;
- applications de D.V. 511, par pulvérisations directes, par compresses imbibées, ou par irrigations à la seringue, suivant l'étendue et la profondeur de l'escarre;
- enfin, sur toute la surface de la plaie, et de ses alentours immédiats, est appliquée une gaze de Tulsec-Soframycine, maintenue par un « champ » triangulaire, conçu suivant le modèle des bandages utilisés pour les plaies de la fesse.

Par contre, sont formellement interdits :

- l'utilisation du mercurochrome dont la couleur ne permet pas de suivre l'évolution de la lésion;
- et, le recours aux bandes d'albuplast pour maintenir les pansements, bien trop souvent le seul résultat obtenu, est l'extension de l'escarre par intolérance cutanée surajoutée.

Enfin, qu'il s'agisse des modalités entrant dans les cadres de la prévention ou du traitement, tous les soins précités ne sont valables que si à tout moment, le malade est dans des conditions de propreté rigoureuse. Le change des effets vestimentaires, celui de la literie sont assurés au rythme des incontinences, de même que le renouvellement des soins locaux.

Suivant ces différentes modalités, précédemment décrites, ont été traités les malades répondant aux observations numérotées de 19 à 24.

OBSERVATION N° 19

M. A... Elic, 72 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Dénutrition. Grabataire. Troubles colitiques difficilement coercibles (maladie de Hirschsprung).

Est au traitement complet « préventif » des escarres, depuis le 1^{er} février. A présenté à trois reprises des escarres :

— 1° 17 février 1965.

Escarre fessière droite, de 10 × 5 cm, creusante d'emblée, survenue dans l'intervalle d'une nuit, correspondant à une « débâcle diarrhéique ».

A l'ensemble des soins et mesures préventives a été ajoutée la prescription des soins locaux d'ordre curatif :

— matelas « alternating », massages « trophiques » avec l'Epi-thao ;

— nettoyage triquotidien de la lésion au sérum physiologique :

— pulvérisations directes au D.V. 511 ;

— dans l'intervalle des soins, interposition sur la plaie, d'une gaze au Tulsec-Soframycine.

27 février 1965.

Détersion rapide de l'escarre, demeurant exempte d'infection, tout particulièrement à craindre chez ce malade sujet à des troubles colitiques au rythme de trois à quatre par semaine.

6 mars 1965.

Comblement progressif de l'ulcération par les bourgeons charnus. Quelques lisérés se dessinent à la périphérie de la perte de substance.

18 mars 1965

L'escarre totalement comblée se présente alors comme l'un de ces signes d'alarme : la plaque de désépidermisation.

27 mars 1965.

Seule subsiste une zone décollée de 3 × 2 cm.

2 avril 1965.

Guérison totale de l'escarre.

— 2° 13 avril 1965.

Nouvel épisode diarrhéique suivi d'une apparition d'escarres fessières superficielles, bilatérales.

20 avril 1965.

Après sept jours de traitement identique à celui prescrit lors des premières escarres, la détersion, la contraction des berges et l'épidermisation ont assuré une réduction du tiers de la surface initiale des escarres.

29 avril 1965.

Un tissu cicatriciel souple, rose, vivace, bien vascularisé, recouvre les lésions fessières.

— 3° 29 mai 1965.

Rougeurs congestives, scapulaires, droite et gauche, de 7×6 cm et 9×8 cm.

En outre, escarre sacrée de 5×8 cm.

8 juin 1965.

Disparition en trois jours des rougeurs scapulaires, après massages « trophiques » à l'Épithao.

Modification spectaculaire de l'escarre sacrée : diminution de son étendue, remplacement des tissus atones par un tissu bourgeonnant de cicatrisation.

17 juin 1965.

Plaie sacrée, complètement fermée par une cicatrice rose, souple, bien vascularisée, sans aucune tendance retractile.

OBSERVATION N° 20

M. R... Marcel, 65 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Inappétence. Etat général satisfaisant.

Est au traitement complet « préventif » des escarres, depuis 20 jours.

20 février 1965.

Escarre fessière gauche de $5 \times 3,5$ cm survenue après dix jours d'alitement chez un tuberculeux pulmonaire ancien en rechute.

Localement, lui ont été prescrits :

- massages « trophiques » à l'Epithao;
- nettoyage triquotidien de l'escarre au sérum physiologique;
- pulvérisations directes de D.V. 511;
- isolement de la lésion par une gaze Tulsec.

27 février 1965.

Liquéfaction et élimination des tissus nécrosés de l'escarre. Début de bourgeonnement.

5 mars 1965.

Guérison de l'escarre par glissement sur la surface des bourgeons, d'un tissu vasculaire, souple.

OBSERVATION N° 21

M. B... Jean-Claude, 75 ans

Diagnostic : dépression hypochondriaque.

Pas d'incontinence. Inappétence coutumière.

6 mars 1965.

Plaque rouge congestive sacrée, avec en son centre, une petite ulcération superficielle, de 3 cm de diamètre.

Outre le traitement complet « préventif » de l'escarre, ont été prescrits :

— massages trophiques à l'Epithao, et pulvérisations directes de D.V. 511, après nettoyage de l'escarre au sérum physiologique. Renouvellement des soins, deux fois par jour.

15 mars 1965.

Disparition totale de la zone rouge congestive.

20 mars 1965.

Cicatrisation de l'escarre.

OBSERVATION N° 22

M. B... Louis, 79 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Habituellement pas d'incontinence. Appétit capricieux. Etat général satisfaisant.

5 avril 1965.

Escarre fessière droite, creusante, entamant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sur une surface de 5×5 cm.

En plus du traitement complet « préventif » des escarres, institué depuis deux mois, ont été prescrits :

- massages « trophiques » ;
- nettoyage biquotidien de la lésion au sérum physiologique ;
- pulvérisations directes au D.V. 511 ;
- isolement de la plaie par une gaze Tulsec-Soframycine.

13 avril 1965.

Comblement de l'ulcération, après liquéfaction et l'élimination des tissus nécrosés.

23 avril 1965.

Diminution du tiers de la superficie de l'escarre.

29 avril 1965.

Cicatrisation de la lésion.

M. R... Paul, 79 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Incontinence complète. Etat général satisfaisant.

Est au traitement complet « préventif » des escarres depuis trois mois.

27 avril 1965.

Plaque de désépidermisation, située au niveau des tubérosités trochantériennes gauches. Surface : 15 × 10 cm.

Localement, ont été prescrits :

- massages à l'Epithao;
- nettoyage au sérum physiologique;
- compresses imbibées de D.V. 511;
- isolement de la plaie par une gaze de Tulsec-Soframycine.

Soins répétés deux fois au cours de la journée.

3 mai 1965.

Après ces sept jours de traitement, il ne subsiste plus qu'une petite plaque rouge congestive.

7 mai 1965.

Guérison totale de la lésion initiale.

OBSERVATION N° 24

M. D... Louis, 87 ans

Diagnostic : *démence sénile*.

Pas d'incontinence. Inappétence habituelle.

23 juin 1965.

Plaque de désépidermisation, de siège sacrée, étendue sur 8 × 5 cm.

Rougeur congestive fessière droite.

Est au traitement complet « préventif » de l'escarre, depuis quatre mois et demi.

Ont été, localement, prescrits :

— sur la lésion sacrée, nettoyage triquotidien au sérum physiologique, suivi de pulvérisations directes au D.V. 511. Enfin, isolement de la plaie par une gaze de Tulsec ;

— sur la rougeur congestive : simple massage à l'Epithao.

29 juin 1965.

Disparition des rougeurs.

Réduction de la plaque de désépidermisation à une surface de 3 cm de diamètre.

8 juillet 1965.

Cicatrisation totale de la plaie.

D. DISCUSSION ET BILAN.

Examinant les résultats obtenus, pour chacun des trois groupes d'observations, il est possible de dresser un bilan valable de la prévention et du traitement des escarres.

1° En ce qui concerne leur survenue, leur évolution et leur pronostic, l'étude comparative des trois groupes démontre l'influence directe du terrain sur lequel elles se développent. En effet, moins l'état général du malade est satisfaisant, plus les escarres :

a) surviennent rapidement, à compter du premier jour de l'alitement;

b) sont spontanément creusantes, et étendues en surface;

c) entachent le pronostic vital du malade. Celui-ci, débordé par l'affection initiale, sombre vite dans un état cachectique, majoré par un épisode hautement fébrile, résistant aux antibiotiques, témoin d'une infection de l'escarre, à redouter surtout chez les incontinents. Inversement si l'état physique du malade est plus résistant, les escarres surviennent plus tardivement, et sont plus accessibles aux agents cicatrisants locaux.

2° Si l'on compare les résultats des groupes I et II, on constate que le D.V. 511 se présente comme un cicatrisant très valable. Dépourvu d'incidents, et d'accidents à type d'intolérance, ses propriétés biostimulantes, mais surtout, détergentes et antiseptiques en font, sans contredit, l'agent local le plus apte à accélérer et à favoriser les facteurs de la cicatrisation, en assurant l'élimination des tissus nécrosés, et en préservant la plaie de toute infection.

3° Enfin, comparant les groupes I et II au groupe III, il est possible d'affirmer le bien-fondé des soins diététiques, médicamenteux substitutifs, kinésithérapiques et sociothérapiques :

— du point de vue de la prévention, l'ensemble de ces soins lève ou minimise les conditions de risques d'escarres, retarde leur survenue, et freine leur évolution spontanément nécrosante;

— d'autre part en ce qui concerne leur action curative sur l'escarre, ils accélèrent, et potentialisent les effets cicatrisants du D.V. 511.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, le vieil adage : « Mieux vaut prévenir que guérir » revêt toute sa pleine signification.

Si le D.V. 511 s'est révélé être l'agent cicatrisant actuel, le plus efficace, il n'en est pas moins vrai que, sur un terrain âgé, l'évolution des escarres est orientée plus vers l'extension que vers la guérison.

Aussi, chez le vieillard psychiatrique, qui, comme on l'a vu, réunit en lui tous les facteurs déclenchants, voire même favorisants et aggravants de l'escarre, éviter, ou du moins ajourner l'alitement constitue le geste préventif le plus efficace. Pour ce faire, il faut tout mettre en œuvre pour suppléer les carences du syndrome de l'« estomac sénile », et retarder la survenue du syndrome de glissement.

D'où, l'importance de :

1° L'alimentation qui doit être riche en vitamines et en acides aminés d'une part, pour armer le vieillard contre les agressions physiques, et d'autre part pour lui fournir les éléments nutritifs indispensables aux processus de la cicatrisation.

2° Des médications substitutives, tant vitaminiques, que protéinogènes et anabolisantes, pour pallier les carences physiologiques, liées au grand âge, notamment lors des différentes agressions qui se traduisent toutes par un excès du catabolisme.

3° Des soins et mesures hygiéniques, ainsi que sociothérapeutiques pour éviter le laisser-aller du vieillard psychiatrique, et par delà les méfaits du gâtisme.

Enfin, quand l'alitement ne peut être évité, le vieillard doit être l'objet d'une surveillance de tout instant. Les mesures kinésithérapiques s'imposent, d'une part elles facilitent la circulation au niveau des points d'appui, et d'autre part elles permettent de traiter l'escarre dès son stade initial, stade où la thérapeutique cicatrisante est la plus efficace.

Le 30 octobre 1965.

Vu, le Président de Thèse,
M. POROT.

Vu Le 2 novembre 1965.

Le Doyen,

G. MEYNIEL.

50/65 Clermont-Ferrand, le 4 novembre 1965.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
E. LAPALUS.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES.

- 1 — AJURIAGUERRA J. (de)
Psychiatrie gériatrique.
Médecine et Hygiène, 6 mai 1964, 22, n° 640, p. 405-406.
- 2 — BARUK H.
Gériatrie psychiatrique.
Information Psychiatrique, avril 1958, n° 4, p. 249.
Problème de l'alimentation en psychiatrie.
Information Psychiatrique, décembre 1964, n° 10, p. 771-775.
- 3 — BELFIS J. et CHARPENTIER M.
A propos de l'Hydergine en gériatrie.
Ouest-Médical, 10 avril 1961, n° 7.
- 4 — BENASSY J. et PATTE D.
Pathogénie des escarres de décubitus.
Ann. Chir. Plastique, 1961, 6, n° 1, p. 39-43.
- 5 — BERNARD P. et BLES G.
La Papaïne dans le traitement des escarres.
Semaine des Hôpitaux, 1960 36, n° 5, p. 447-452
- 6 — BERNARD P., NOËL P. et DEDIEU-ANGLADE G.
Pathologie mentale de la senescence et de la sénilité.
E.M.C. (Psych.), 1961, 27.530 A 10.
- 7 — BERNARD P.
Problèmes psychiatriques du vieillard.
Cahiers Laënnec, décembre 1964, n° 4, p. 40-54.
- 8 — BISIO B.
Possibilités et limites de la psychothérapie dans la sénilité.
Annali di Neurologia e Psichiatria di Perugia, mai-août 1960, fasc. 2,
p. 173-196.
- 9 — BLANDIN J.
Réflexions à propos de la diététique de certains sujets hospitalisés
en service de gérontopsychiatrie.

Communication à la Société de neuropsychiatrie de Clermont-Fd.
Séance du 23 mars 1965.
L'alimentation des sujets hospitalisés en service de gériopsychiatrie.
Communication aux Journées de Médecine Préventive et Sociale de
Grenoble : 14-17 octobre 1965.

10 — BLISS M.-R.

A consideration of mechanical methods of preventing bedsores in elderly patients.
Geront. Clin., 1964, 6, p. 10-21.

11 — BOUQUEREL J.

Psychologie et psychiatrie du vieillard.
Revue Française de Gériologie, août 1960, p. 323-327.

12 — BREUZARD J.

Les accidents médicaux de décubitus : prévention et traitement.
Feuillets Médicaux, 1963, 89, n° 9.

13 — CELICE, FIERABRAS, DUROUX et CHAPON.

Traitement des escarres de décubitus des grabataires par les massages in situ.
Communication à la Société Française de Thérapeutique.
Séance du 27 avril 1958.

14 — CHABROL J.

Traitement actuel et prévention des escarres.
Vie Médicale, 1961, 42, (spécial, 2), p. 77-80.

15 — CHEVREUL P.

Traitement des escarres de décubitus.
Méd. Libre, 1960, 34, n° 6, p. 34-36.

16 — COLIN R., DOSSA J. et PONS J.-G.

Un nouvel agent puissant de cicatrisation accélérée, le D.V. 511.
Presse Médicale, 21 mars 1964, 72, n° 14, p. 835-836.

17 — CORREIA B.-M.

Les ulcères de décubitus.
Gazette Médicale, 1952, 5, p. 313-317.

18 — CRUICKSHANK A.-H., et A.-L.

Malignancy in scars, chronic ulcers, and sinuses.
J. Clin. Path. 1963, 16, p. 573-580.

19 — CURTES J.-P.

Escarres : influence favorable du traitement anabolisant.
Information Thérapeutique, 1964, 7, p. 28-30

20 — DARDENNE P. et CANTALA P.

Traitement de l'involution sénile par un stéroïde anabolisant.
Toulouse Médical, juin 1964, n° 6, p. 787-796.
Stéroïdes anabolisants en gériatrie.
Immex, janvier 1965, n° 1, p. 43-46.

- 21 — DEMOL O.
Bases médicales et psychosociales de la réadaptation en psychiatrie gériatrique.
Revue Franç. de Gérontologie, décembre 1961, p. 509-514.
- 22 — DEPAULIS J. et ILIAS J.
A propos du traitement des escarres de décubitus.
J. Méd. Bordeaux, 1958, 9, p. 876-884.
- 23 — DESTREM H.
Quelques aspects pratiques de la prévention gériatrique.
Gazette Médicale de France, 10 octobre 1960, 67, n° 19, p. 1945.
- 24 — DUCHESNAY G.
Thérapeutique des ulcères de jambes et des escarres.
Cahiers R.M.F., mai 1964, p. 267-271.
- 25 — ESPINIELLA TABOADA A.
Histopatología y tratamiento de las úlceras por decubito.
Barcelona Quirúrgica 1963, 7, n° 4, p. 359-366.
- 26 — FÉVRIER J.-C.
Etude de l'action du D.V. 511.
Journal de Médecine de Bordeaux, février 1965, n° 2, p. 297-308.
- 27 — FREEMAN L.W. et JOYNER J.-E.
Absorbable gelatin sponge in the treatment of decubitus ulcers.
J.A.M.A., 1963, 184, p. 784.
- 28 — GARDNER W.J.
Prevention and treatment of bedsores : air mattress accomplishing alternation of pressure points.
J.A.M.A., 1948, 138, p. 583-587.
- 29 — GEST M.L.
Preventing of treating decubiti.
Amer. J. Nurs. 1964, 64, p. 132.
- 30 — GRIFFITH B.H.
Advances in the treatment of decubitus ulcers.
Surg. Clin. N. Amer. 1963, 43, p. 245-260.
- 31 — HODKINSON M.A.
Prévention des escarres de décubitus.
Concours Médical, 1962, 84, n° 45, p. 6 059.
- 32 — HURIEZ C., SOUILLIART F. et DUQUESNE J.-P.
Etude de l'action du D.V. 511 sur une centaine d'ulcères et d'escarres.
Bull. Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1963, 70, n° 4, p. 726-728.
- 33 — HUTTL T. et Al.
The clinical value of trypsin as a wound-powder.
Ther. Hung. 1963, 11, p. 30-32.

- 34 — JUNOT J.-P.
Thérapeutiques en psychogériatrie.
Médecine et Hygiène, 6 mai 1964, 22, n° 640, p. 413-414.
- 35 — JUSTIN-BESANÇON L., PÉQUIGNOT H., ETIENNE J.-P., SAVIER J. et VILAIN R.
Les escarres dites de décubitus : pathogénie, prophylaxie et traitement.
Semaine des Hôpitaux Paris, 10 décembre 1957, 33, n° 114, p. 4116-4121.
- 36 — JUSTIN-BESANÇON L., PÉQUIGNOT H., VILAIN R. et ETIENNE J.-P.
La prophylaxie de l'escarre dans un service de médecine générale.
Sem. Hôp. Paris, 10 décembre 1957, 33, n° 114, p. 4122-4125.
- 37 — KIRK J.E.
Steroid hormones and aging.
J. Geront. 1951, 6, p. 253.
- 38 — LEVITT L.A.
Bedsores.
Southern Med. J. 1963, 56, p. 991-99.
- 39 — LÉGER L.
La participation veineuse dans la détermination des escarres de décubitus.
Presse Médicale, 6 septembre 1947, 55, p. 592.
- 40 — LIEBERMAN L., PANAGIS C. et NEELY M.F.
New method for prevention and treatment of decubitus lesions.
J. Amer. Geriat. Soc. 1962, 10, p. 1028-1031.
- 41 — LOEPER J. et RAMEIX P.
Problème des escarres et leur traitement chez le sujet âgé.
Sem. Hôp. Paris, 1960, 10, p. 635-638.
- 42 — MAROUAND J. et CAZENAVE J.
Application d'un extrait hydrosoluble de Papaïne dans les escarres de décubitus.
Sem. Hôp. Paris, 34, p. 2195-2196.
- 43 — MEINECKE F.W. et Al.
(Possibilités des changements de position dans les escarres du décubitus.)
Deutsch Med. Wschr. 1964, 89, p. 886-889.
- 44 — MONNEROT E., BRICHLER V. et BLÉANDONU G.
Etude thérapeutique des dérivés di-hydrogénés de l'ergot de seigle chez des malades mentaux hospitalisés.
Communication à la Société de Psychiatrie de Marseille et du Sud-Est Méditerranéen.
Séance du 4 novembre 1964.
- 45 — NACHIN.
L'alimentation à l'hôpital psychiatrique.
Vie sociale et Traitement :
— septembre-octobre-novembre 1960, n° 30, p. 7-11.
— février-mars 1961, n° 32, p. 4-7.
— juillet-août-septembre 1961, n° 34, p. 8-11.
— décembre 1961-janvier 1962, n° 36, p. 6-9.
— décembre 1962-janvier 1963, n° 41, p. 11-14.

- 46 — NAVIAU J., DUQUESNE J.-P. et LÉHEMBRE P.
Essai d'une thérapeutique originale, le D.V. 511, dans le traitement des escarres en milieu psychiatrique.
Ann. Med. Psy. 1964, 4, n° 1. p. 636-638.
- 47 — NAYRAC et MOREL,
Recherches sur l'escarre de décubitus.
Revue de Médecine de Paris, 43, p. 1 265-1 303.
- 48 — NEVEU P., RUYER M. et L'HERMIT M.
Accidents (phlyctènes, escarres, maux perforants), observés au cours de traitement par la Réserpine.
Annales Médicopsych. novembre 1957, T. 11, p. 744-749.
- 49 — PATTE M.
Remarques sur la prévention des escarres chez le grabataire.
Vie Médicale, 1961, 42, n° 10, p. 1 348-1 353.
- 50 — PERROT R.-M., BOURJALA J. et SZYMONOWICZ.
Essai d'un lyophilisat d'enzymes gastriques d'agneau dans un pavillon de gériopsychiatrie.
Gazette Médicale de France, 10 septembre 1964, T. 71, p. 2 755-2 759.
- 51 — PIGANOL G. et VIGOUROUX R.
Prévention des escarres de décubitus.
Marseille Médicale, mai 1955, 7, n° 3, p. 331-334.
- 52 — POSTEL J. et POSTEL M.
Les carences alimentaires chez le vieillard et leurs conséquences dans le domaine psychiatrique.
Communication au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française.
LVII Session (Tours, 8-13 juin 1959).
Possibilités d'adaptation du vieillard sur le plan psycho-affectif.
Revue Française de Gériologie, décembre 1962, p. 513-519.
- 53 — RAVINA A., PESTEL M. et DAYRAS J.-C.
Action de l'hormone somatotrope sur les escarres.
Presse Médicale, 2 mars 1955, 63, n° 16, p. 305-308.
- 54 — RAVINA A., CHOVELON R., PLACE-VERGHNES A. et BARDON R.
Les escarres de décubitus des vieillards.
Presse Médicale, 13 janvier 1962, 70, n° 2, p. 65-66.
- 55 — RAZEMON J.-P.
Prophylaxie et traitement des escarres.
Lille Méd., mars 1959, 4, n° 3, p. 173-177.
- 56 — SCHOENMACKERS.
Pathogénie des ulcères de décubitus.
Deutsche Med. Wschr., 17 sept. 1948, 73, p. 404.
- 57 — SICARD A. et TESTAS P.
Pathologie des escarres.
Presse Médicale, 11 octobre 1958, 66, n° 70, p. 1 567-1 590.
- 58 — VAGUE P., LÈGRE M. et ALLIGNOL J.
Rôle des hormones dans le psychisme humain.
Revue Française de Gériologie, juin 1958, p. 167.

- 59 — VIGNALOU J., BECK H., BERTHAUX P. et LASSABLIÈRE C.
Anabolisants en gériatrie.
Assises de Médecine, août 1961, n° 3, p. 242-248.
- 60 — VILAIN R.
Prophylaxie et traitement de l'escarre de décubitus.
Méd. Libre, 1956, 30, n° 6, p. 19-24.
Le rond de caoutchouc au musée, la peau d'orange à la poubelle...
ou la prophylaxie de l'escarre.
Sem. Hôp. Paris, 20 juin 1956, 37, p. 2 147.
Pathogénie et prophylaxie de l'escarre de décubitus.
Annales de Médecine Physique, janvier 1958, I, n° 1, p. 55.
Les escarres de décubitus.
Presse Médicale, 18 avril 1959, 67, n° 19, p. 781-782.
Cinq années de prophylaxie : pourquoi y a-t-il encore des escarres
de décubitus.
Sem. Hôp. Paris, 1960, 58, p. 3 296/SP. 592 3 300/SP. 596.
Prophylaxie et traitement des escarres de décubitus.
Presse Médicale, 1960, 68, n° 43, p. 1 603.
Prophylaxie et traitement des escarres de décubitus.
1 volume, 120 p. Paris 1960, expansion, éditeur.
Prévention des escarres chez le vieillard.
Revue Française de Gérontologie, 1961, 7, n° 2, p. 179-183.
Que faut-il penser des matelas à gonflement rythmique, utilisés
pour la prophylaxie et le traitement des escarres de décubitus.
Vie Méd. 1963, 44, p. 17-21.
- 61 — VILLA J.-L.
Essais de réadaptation en gérontopsychiatrie.
Médecine et Hygiène, 6 mai 1964, 22, n° 640, p. 414-416.
- 62 — VINIT F.
Etude sur l'alimentation dans les hôpitaux psychiatriques.
Information Psy. déc. 1964, n° 10, p. 775-799.
- 63 — WELLER.
Action anticatabolisante de la Méthénolone.
Med. Welt., 1961, n° 40, p. 2 073.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
CHAPITRE I.	
Introduction :	
Problème posé par les escarres en gériatopsychiatrie	15
CHAPITRE II.	
Généralités :	
Définition, signes d'alarme, localisations, risques d'apparition	19
CHAPITRE III.	
Pathogénie :	
Facteurs déclenchants, favorisants et aggravants des escarres	23
CHAPITRE IV.	
Prévention :	
Moyens kinésithérapiques, diététique et compléments médicamenteux, hygiène, mode de vie et sociothérapie	27
CHAPITRE V.	
Traitement :	
Soins et médications substitutives, agents locaux cicatrisants et détergents	35
CHAPITRE VI.	
Observations :	
Groupes I, II et III répartis selon différentes modalités pratiques, discussion et bilan	43
CHAPITRE VII.	
Conclusions :	83
Bibliographie :	85

Mont-Louis P.R. Clermont-Ferrand
